

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1903-1904 — N° 158

DES
PANSEMENTS

CONSÉCUTIFS A LA

Colpotomie Postérieure

(MÉTHODE DE LAROYENNE)

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 7 Juin 1904

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Fernand BERTHIER

ANCIEN EXTERNE DES HOPITAUX DE LYON
INTERNE SUPPLÉANT DES HOPITAUX DE LYON

Né à Autun (Saône-et-Loire), le 9 Janvier 1878



LYON

IMPRIMERIE WALTENER & C^{ie}

3, Rue Stella, 3

1904

DES
PANSEMENTS

CONSÉCUTIFS A LA

Colpotomie Postérieure

(METHODE DE LAROYENNE)



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546721_0052

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1903-1904 — N° 158

DES
PANSEMENTS

CONSÉCUTIFS A LA

Golpotomie Postérieure

(MÉTHODE DE LAROYENNE)

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 7 Juin 1904

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Fernand BERTHIER

ANCIEN EXTERNE DES HOPITAUX DE LYON

INTERNE SUPPLÉANT DES HOPITAUX DE LYON

Né à Autun (Saône-et-Loire), le 9 Janvier 1878



LYON

IMPRIMERIE WALTENER & C^{ie}

3, Rue Stella, 3

—
1904

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET, DOYEN.
HUGOUNENQ, ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, CHAUVEAU

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales	BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements	BARD.
Clinique ophtalmologique.	PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JABOULAY
Clinique des maladies mentales	X...
Clinique des maladies des enfants	GAYET.
Physique médicale	GAILLETON.
Chimie médicale et pharmaceutique	PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie.	WEILL.
Matière médicale et Botanique.	MONOYER.
Parasitologie	HUGOUNENQ.
Anatomie	CAZENEUVE.
Anatomie générale et Histologie	BEAUVISAGE.
Physiologie	LORTET.
Pathologie interne	TESTUT.
Pathologie externe	RENAUT.
Pathologie et Thérapeutique générales.	MORAT.
Anatomie pathologique	TEISSIER.
Médecine opératoire.	AUGAGNEUR.
Médecine expérimentale et comparée	MAYET.
Médecine légale	TRIPPIER.
Hygiène	POLLOSSON (M.)
Thérapeutique	ARLOING.
Pharmacologie	LACASSAGNE.
	COURMONT (J.).
	SOULIER.
	FLORENCE.

PROFESSEUR ADJOINT

Physiologie, cours complémentaire. DOYON.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des maladies des femmes	MM. POLLOSSON (A.), agrégé
Maladie des voies urinaires.	CHANDELUX, —
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS, —
Propédeutique médicale	ROQUE, —
Propédeutique chirurgicale	ROLLET, —
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN, —
Anatomie pathologique	DEVIC, —
Accouchements.	FABRE, —
Matière médicale	MOREAU, —
Anatomie topographique.	DURAND, —

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
ROUX.	SIRAUD.	BÉRARD.	VILLARD.
COLLET.	DURAND.	SAMBUC.	TIXIER.
BOYER.	PIC.	BORDIER.	FABRE.
BARRAL.	PAVIOT.	COURMONT (P).	REGAUD.
MOREAU.	NOVE-JOSSERAND	CHATIN.	CAUSSE, ch...
VALLAS.			

M. BAYLE, Secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. POLLOSSON (M.), Président ; M. SIRAUD, Assesseur ;
MM. VILLARD et TIXIER, Agrégés.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation

INTRODUCTION

Au début de ce travail, qu'il nous soit permis d'adresser nos remerciements et l'assurance de notre profonde gratitude à nos maîtres dans les hôpitaux et à la faculté.

M. Gangolphe, professeur agrégé à la faculté, chirurgien des hôpitaux, a été notre premier maître. Il nous a donné de nombreuses preuves de sa bienveillance à notre égard, qu'il nous permette de lui présenter et nos remerciements et l'assurance de notre gratitude.

Notre maître, M. Albertin, chirurgien des hôpitaux, a été l'inspirateur de ce travail. Pendant sa rédaction, il ne nous a ménagé ni son temps, ni ses conseils, qu'il nous permette de l'assurer de notre profonde reconnaissance.

M. Lyonnet, médecin des hôpitaux, a droit à toute notre gratitude. Il a toujours été pour nous d'une bienveillance et d'une amabilité dont nous ne saurions trop lui savoir gré. Chez lui, le maître s'est toujours doublé à notre égard d'un véritable ami. Nous le re-

mercions de l'intérêt qu'il nous a toujours porté et des nombreuses marques d'estime qu'il a bien voulu nous témoigner.

M. J. Courmont, professeur à la faculté, médecin des hôpitaux, a toujours été pour nous un maître bienveillant. Qu'il nous permette de le remercier de l'intérêt qu'il a bien voulu nous porter.

Enfin que nos maîtres, MM. :

Roques, professeur agrégé à la faculté, médecin des hôpitaux ;

Siraud, professeur agrégé à la faculté ;

Gallavardin, médecin des hôpitaux ;

Collet, professeur agrégé à la faculté, médecin des hôpitaux ;

Mouisset, médecin des hôpitaux, soient assurés de notre gratitude pour leur précieux enseignement et leur bienveillance à notre égard.

M. le professeur, M. Pollosson, chirurgien des hôpitaux, a bien voulu nous faire le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse, nous lui en sommes profondément reconnaissant.

Qu'il nous soit permis également de remercier ici M. A. Pollosson, professeur adjoint de clinique gynécologique à la Charité, qui a bien voulu mettre à notre disposition les nombreux matériaux de son service.

M. Violet, moniteur de clinique à la Charité, a bien voulu, pendant la rédaction de ce travail, nous éclairer de ses conseils et nous donner plusieurs observations, nous l'assurons de notre sincère gratitude.

CHAPITRE PREMIER

Voie vaginale. — Voie abdominale

Deux voies s'offrent au gynécologue pour aborder les suppurations pelviennes, l'une la voie abdominale, l'autre la voie vaginale. Dans le traitement des suppurations pelviennes, en effet, à côté des méthodes qui peuvent être appelées méthodes radicales, se placent les méthodes dites conservatrices. Parmi les méthodes radicales, l'opération idéale est, au point de vue radical, la castration abdominale totale. Nombreux sont les chirurgiens qui se déclarent partisans de cette méthode et s'en sont faits les défenseurs. Polk, de New-York, pratique le premier, le 13 février 1892, la castration abdominale totale pour lésions suppurées des annexes.

Presque en même temps que lui, Krug, de New-York, fait la même opération. Baldy, de Philadelphie, publie en 1893 un mémoire de huit cas avec huit guérisons, et en 1894, un mémoire de quatorze cas avec quatorze guérisons, Brown, de Chicago, suit la même conduite.

En France, Chaput, le premier, exécute l'hystérectomie abdominale totale pour lésions salpingiennes, par le procédé d'hystérectomie vagino-abdominale fermée. Puis, Delagénère, du Mans, en janvier 1894, suit la même conduite. Enfin, comme Krug, en Amérique, Bardenheuer, en Allemagne, Hartmann pratique l'ablation de l'utérus dans tous les cas où l'état des annexes est tel qu'il doit les sacrifier des deux côtés et dit être conduit à poser ce principe, par la comparaison des résultats éloignés de l'hystérectomie vaginale avec ablation simultanée des annexes et de la castration abdominale annexielle. Morély considère la castration abdominale totale comme préférable à la double salpingo oophorectomie, car c'est une opération plus radicale et qui supprime la crainte des complications. Mais à côté des chirurgiens qui suivent cette méthode, à côté de ceux qui, lorsque les trompes sont malades en pratiquent l'ablation après avoir fait une laparotomie abdominale, qui suivent pour aborder les trompes, la voie préconisée par Lawson Tait, qui se conforment à la méthode qui porte le nom de ce chirurgien (c'est, en effet, le 11 février 1872, que Lawson Tait extirpe pour la première fois par la voie abdominale les annexes enflammées) se placent ceux qui, préoccupés surtout de la fonction de l'organe, mettent en pratique une méthode conservatrice. Parmi les différentes méthodes conservatrices, il en est une surtout que nous devons signaler et que l'on doit mettre en regard de la méthode abdominale, nous voulons parler de la colpotomie postérieure selon la méthode de Laroyenne. Il y a longtemps que les chirurgiens pratiquent la colpotomie pour les

collections basses qui viennent bomber dans les culs-de-sacs vaginaux.

Depuis longtemps déjà Récamier érigea en principe l'incision large dès qu'on constate dans le cul-de-sac postérieur une fluctuation nette. Chassaignac, quoique partisan de l'intervention est moins osé, il recommande la ponction suivie du drainage de la poche. Nonat, Dumarquay imaginent des trocars spéciaux ; mais en somme certains chirurgiens vantent l'incision vaginale, d'autres recommandent une abstention prudente lorsqu'en 1886 Laroyenne s'appuyant sur les résultats qu'il a obtenus pose nettement les indications de la méthode, en donne les règles et crée à cet effet une instrumentation spéciale ; trocart, métrotome, dilatateur. Il s'efforce de montrer qu'il est beaucoup de cas que l'on traite par la laparotomie avec ou sans hystérectomie ou par l'hystérectomie vaginale qui guériraient, traités par la simple incision ou ponction du vagin, tout en faisant courir aux malades des risques infimes et en leur conservant un organe dont la suppression n'est pas exempte de dangers immédiats et de troubles éloignés. La thèse de Blanc (Lyon 1887) le mémoire de Gouilloud dans les Archives de Tocologie de 1891, le travail de Vincent et La Bonnardière dans les Annales de Gynécologie de 1896 montrent les avantages de la méthode et en fixent les indications. Dès l'avènement de la méthode de Laroyenne les chirurgiens se divisent pour ainsi dire en deux camps : d'une part les laparotomistes, d'autre part les colpotomistes.

En 1890 Bouilly se déclare partisan de la colpotomie et délimite les cas auxquels, selon lui, elle est appli-

cable. En 1892 Le Dentu publie une revue dans laquelle il approuve l'opération de Laroyenne et en donne les indications. Au Congrès français de chirurgie Terrier et Segond se rallient également à la colpotomie.

En 1892 Macquart-Moulin dans sa thèse de Paris sur « les méthodes de traitement chirurgical appliquées aux suppurations péri-utérines » fait une large place à l'opération de Laroyenne. Valentin dans sa thèse de Paris de 1893, thèse faite sous l'inspiration de Pichevin préconise le traitement de certaines collections pelviennes par la ponction et l'incision vaginales.

En 1894, au Congrès de Bruxelles, Gouilloud défend la pratique de son maître Laroyenne Gusserow, Zweifel et Landau en Allemagne, Munde, Byford en Amérique s'en montrent également partisans. En 1895, au Congrès français de chirurgie Bouilly soutient que l'incision vaginale représente le traitement par excellence des collections hématiques péritonéales réunies sous le nom commun d'hématocèle rétro-utérine ou péri-utérine. En 1896 Rosenblat dans sa thèse de Paris montre à nouveau les avantages de l'incision du cul-de-sac postérieur dans les suppurations et les hématocèles pelviennes.

Enfin cette même année 1896 au Congrès de Genève, Bouilly vient de nouveau faire savoir qu'il pratique toujours par le vagin le drainage des poches pelviennes basses et qu'il en obtient des résultats satisfaisants.

Cependant et à Paris surtout nous voyons nombre de chirurgiens partisans convaincus de la laparotomie dans le traitement des suppurations pelviennes. Ils reprochent à la colpotomie postérieure d'être une méthode aveugle,

dangereuse même parfois, tel est l'avis de Pierre Delbet.

Audiau, élève d'Hartmann, rapporte dans sa thèse de Paris de 1897 les observations de treize hystérectomies abdominales totales pour inflammations des annexes. Richelot en 1897 communiquant à la Société de chirurgie son nouveau procédé d'hystérectomie abdominale fait remarquer qu'il s'applique également aux suppurations pelviennes et aux tumeurs.

La discussion qui suit cette communication nous apprend alors que plusieurs chirurgiens ont déjà fait l'hystérectomie par la voie abdominale pour les lésions annexielles suppurées. Parmi les partisans de cette méthode nous citerons : Reclus et Segond, au Congrès français de 1897 ; Doyen, Montprofit, Jonnesco se déclarent également partisans de cette méthode. L'hystérectomie par la voie abdominale comme méthode de traitement des suppurations pelviennes semble avoir des adeptes de plus en plus nombreux, quand en 1898 Monod soulève de nouveau devant la Société de chirurgie la question de l'incision vaginale et intitule sa communication « sur le traitement des salpingites suppurées par l'incision vaginale ». Routier se déclare de l'avis de Monod. Tuffier en restreint les indications ; tous les autres refusent d'aller comme le fait Monod, chercher dans la profondeur les collections purulentes et de les ouvrir ou de les ponctionner. Pour la grande majorité des chirurgiens les indications de la colpotomie sont excessivement restreintes et Potherat résume les diverses communications quand il termine en disant de l'incision vaginale : (Opération d'attente ou d'urgence, en tous cas de nécessité).

En 1899, Chaput dans la thèse de Morély se montre partisan de l'ouverture des collections annexielles par la voie vaginale, et Morély dans ses conclusions préconise ce mode de traitement : toute collection tubaire, dit-il, suppurée ou non, aiguë ou chronique (pyosalpinx, hydrosalpinx) d'un certain volume (mandarine) à évolution vaginale ou accessible par cette voie, doit être traitée par la ponction vaginale à la pince trocart suivie de drainage. Dans les pyosalpinx aigus, à virulence microbienne exaltée, elle doit être considérée comme une méthode de choix primant les opérations radicales. En 1900, Lejars dans la thèse de d'Herbécourt considère la colpotomie postérieure limitée à certaines indications très nettes comme une bonne opération, simple, bénigne, sans cicatrice adhérente et qui draine bien.

Il considère la colpotomie comme pouvant suffire à la guérison définitive, lors de l'évacuation des collections à grands enkystements, des hématoécèles suppurées ou non, des pelvi-péritonites non cloisonnées, des gros abcès rétro-utérins. Il la considère comme une opération d'attente ou préliminaire dans les pyosalpins ou les cellulites pelviennes suppurées à poches multiples ; et comme voie d'ablation il considère la colpotomie comme applicable aux tumeurs petites non adhérentes et qui se présentent bien par le vagin. Enfin en 1902 J.-L. Faure dans son livre intitulé *Chirurgie des annexes de l'utérus* dit en parlant de la colpotomie postérieure, qu'elle constitue une opération, vraiment bénigne, efficace et que l'on ne peut lui reprocher de donner lieu à des fistules et d'être suivie de récidives si

on l'emploie dans les cas où elle est vraiment indiquée. C'est une opération simple, bénigne et efficace que l'on peut opposer à une affection aussi grave que le sont d'ordinaire les suppurations pelviennes, elle présente sur les autres opérations et, en particulier, sur l'hystérectomie le grand avantage d'être une opération conservatrice et bénigne et de permettre la possibilité de grossesses ultérieures. Se demandant pourquoi elle a tant d'adversaires, J.-L. Faure croit en trouver l'explication dans ces deux faits :

1^o Les opérations plus radicales ont donné de si merveilleux résultats que la plupart des chirurgiens ont une tendance bien naturelle à étendre leurs indications plutôt qu'à les restreindre ; et 2^o l'incision du cul-de-sac postérieur a donné lieu souvent à des fistules et à des récidives qui ont rebuté et découragé les opérateurs qui avaient eu recours à elle. Ces fistules et ces récidives sont, en effet, assez communes, lorsqu'on tente de guérir par la simple incision des lésions qui sont justiciables d'une opération plus complète. L'incision vaginale ne peut avoir, dit-il, la prétention de tout guérir, mais elle donne très souvent des guérisons radicales et définitives quand on l'applique aux cas pour lesquels elle est indiquée. On l'emploiera avant toute autre opération dans les suppurations aiguës, abcès pelviens du tissu cellulaire — pour lesquels elle constitue même une opération exclusive — collections enkystées de la cavité de Douglas ou de la trompe faisant saillie dans le cul-de-sac postérieur ou facilement accessibles par ce cul-de-sac surtout lorsque ces collections sont uniques. On l'emploiera enfin dans les suppurations aiguës

venant compliquer une affection chronique et qui répondent aux conditions anatomiques que l'on vient de résumer.

A côté de ces deux grands modes de traitement pour lésions annexielles : d'une part laparotomie, de l'autre, colpotomie postérieure, se place encore une autre opération dont nous voulons dire un mot ; nous voulons parler de l'hystérectomie vaginale, de la castration totale par la voie vaginale. C'est le 12 décembre 1887 que, de propos délibéré, pour lésions bilatérales des annexes préalablement diagnostiquées, Péan fit l'hystérectomie vaginale. L'opération du reste porte son nom, elle fut également pratiquée par Segond qui s'est, en quelque sorte, fait le champion de la méthode.

En 1892 elle rallie de nombreux suffrages, en effet c'est le congrès de Bruxelles de 1892 qui marque, en somme, l'apogée de l'hystérectomie vaginale. Péan y communique sa statistique qui compte 150 cas, tous pour suppurations graves avec une seule mort. A sa suite, Segond, Richelot, Doyen, Jacobs, Rouffart, Lauvers, Mangialli font connaître les résultats que leur a donnés cette méthode ; mais bientôt après la méthode de Péan compte des défections parmi les chirurgiens qui s'en étaient déclarés partisans et après avoir été considérée comme opération de choix pour toutes les lésions utérines et annexielles, on en restreint beaucoup les indications. A Lyon, cette opération n'a jamais été en faveur auprès des chirurgiens, la colpotomie postérieure ayant toujours donné un drainage large et suffisant dans tous les cas où on l'a employée. De plus en plus, du reste, la méthode de Péan est abandonnée et nous nous

trouvons surtout en présence de deux méthodes opératoires : laparotomie d'une part, colpotomie postérieure d'autre part.

Dans le cas de pelvi-péritonite, de gros abcès pelviens, la colpotomie postérieure procurant un bon drainage nous semble l'opération de choix, dans ces cas en effet la présence du pus rend l'hystérectomie par la voie abdominale plus grave, elle nécessite un drainage consécutif d'où le danger des éventrations. Avons-nous à faire à un pyo-salpinx la voie est discutable.

La voie abdominale permet peut-être un mode de traitement plus radical mais elle entraîne avec elle la perte irrémédiable des fonctions génitales, tandis que la voie vaginale a sur la première le grand avantage d'être une méthode conservatrice et de permettre après son application la possibilité de grossesses.

S'agit-il de vieilles annexites avec adhérences, de salpingites parenchymateuses, là encore voie vaginale et voie abdominale sont en présence et peuvent être mises en parallèle :

Landau et Abel en Allemagne sont partisans de la voie vaginale, comme du reste : Laroyenne, Condamin et Repelin. La voie abdominale satisfait peut-être plus l'esprit, n'est pas plus grave, permet d'une façon plus sûre la libération des adhérences, expose moins aux fistules intestinales.

S'agit-il enfin de suppurations annexielles en quelque sorte aiguës, suppurations annexielles simples ou compliquées de pelvi-péritonite, dans ces cas la colpotomie postérieure est l'opération de choix, elle conservera toujours sa pleine et entière valeur.

CHAPITRE II.

Des Pansements consécutifs à la Colpotomie. Revue

La Colpotomie postérieure est, nous l'avons dit, l'opération de choix dans le traitement de nombre de suppurations annexielles, mais pour garder toute sa valeur, elle doit être complète. Il ne suffit pas, en effet, d'inciser le cul-de-sac postérieur, les soins consécutifs à l'opération sont là plus que partout ailleurs d'une importance capitale. Le cul-de-sac de Douglas incisé, des pansements consécutifs bien faits, empêcheront la production des accidents qui se produisent entre les mains des chirurgiens qui n'apportent pas aux pansements consécutifs à la colpotomie postérieure tout le soin qu'ils réclament. Les anciens chirurgiens, Récamier, Velpeau, Demarquay qui ouvraient par le vagin les collections purulentes qui tombaient dans le cul-de-sac postérieur ne faisaient simplement que suivre l'apho-

risme *ubi pus, ibi evacua*, qui fait encore loi en pathologie générale. Mais depuis que Laroyenne a érigé en véritable mode de traitement des suppurations pelviennes, la colpotomie postérieure, nombreux sont les chirurgiens qui se sont efforcés de rechercher quel était le meilleur pansement qu'il convenait de faire après la colpotomie. Tous insistent sur la question du drainage consécutif à cette opération et Bouilly au Congrès de Genève de 1896 dit encore : La question du drainage est très importante dans les cas où l'on fait la colpotomie postérieure, l'absence où le retard de la guérison, la persistance des fistules, les accidents de rétention reconnaissent le plus souvent pour cause une mauvaise évacuation.

Labadie-Lagrave et Legueu dans leur traité médico-chirurgical de gynécologie considèrent également la question du drainage comme capitale lorsque l'on pratique la colpotomie postérieure.

A côté de ces auteurs nous devons citer également Chaput, Pichevin, Morely, Lejars, Tuffier qui tous considèrent le drainage et un bon drainage comme le complément nécessaire de la colpotomie postérieure. A Lyon les travaux de Laroyenne, la thèse de Blanc, les travaux de Gouilloud, le travail de La Bonnardière sous l'inspiration de Vincent résument en grande partie la ligne de conduite des chirurgiens de l'Ecole Lyonnaise dans le traitement à appliquer après la colpotomie.

Quoiqu'il en soit, supposons faite l'incision du Douglas, le rôle du chirurgien n'est pas terminé, il est de toute nécessité que l'on applique un pansement.

Quels sont ceux dont peut disposer le chirurgien ?

Lequel choisira-t-on ? Les différents pansements que peut appliquer le chirurgien peuvent se ranger sous quatre chefs :

1^{er} Éponge.

2^o Tamponnement et drainage capillaire avec de la gaze en mèches.

3^o Mèches de gaze et drains.

4^o Drains spéciaux.

Voyons donc quel est le but, quels sont les avantages, quels sont les inconvénients de chacun d'eux.

Gouilloud dans les Archives de tocologie et de gynécologie de 1891 rapportant la manière de faire de son maître Laroyenne s'exprime ainsi : Après la ponction le trocart est retiré, la canule étant maintenue en place. Dans la rainure de la canule, le métrotome de Simpson est introduit et conduit jusque dans l'abcès. La canule retirée, le métrotome est ouvert, et ramené ouvert débridant transversalement la coque de l'abcès et la muqueuse vaginale. Injection vaginale à faible tension.

Enfin une éponge, saupoudrée d'iodoforme et armée d'un fil, est introduite dans l'abcès et laissée à cheval sur l'incision.

Le premier pansement a lieu 48 heures après l'opération ; il consiste, après un abondant lavage vaginal, à enlever l'éponge et à la remplacer par une mèche de gaze iodoformée.

La traction de l'éponge par son fil est douloureuse, car elle est solidement serrée par la rétraction de la plaie vaginale. Mais après son ablation, la cavité est béante et le placement de la première mèche iodoformée est facile.

Rarement, la reproduction de l'hémorrhagie oblige à mettre une seconde éponge à demeure.

Les pansements ultérieurs, pansements rares, consistant à changer la mèche de gaze iodoformée, se font, en général, tous les huit ou dix jours. Il faut s'efforcer de maintenir l'orifice de débridement ouvert et la cavité drainée. Une mèche de gaze iodoformée nous a paru mieux assurer ce résultat que tout autre procédé : lavages quotidiens dans la poche, drains de caoutchouc, de corne ou de verre. Dans les cas simples, les plus heureux, il suffit de deux ou trois pansements pour que la poche se réduise à un petit trajet de 1 à 2 centimètres, puis se cicatrise. Pendant ce temps, au soulagement immédiat se sont joints tous les signes d'une amélioration considérable : chute de la température, rétablissement des fonctions urinaires et abdominales. Souvent, il faut quelques pansements de plus et on ne doit pas les abandonner tant que le trajet a plus de 2 ou 3 centimètres, et surtout tant qu'il existe au-dessus une poche à sécrétion plus ou moins abondante. La rétraction bien connue de la section vaginale crée quelques difficultés, dont on triomphe en introduisant très exactement la mèche iodoformée au fond du foyer.

Quand l'orifice se rétrécit, on peut le dilater de nouveau au moyen d'une tige de laminaire, ou mieux avec quelques bougies d'Hégar : on évite ainsi les trajets fistuleux. Dans les cas de très vastes poches persistantes à coque peu rétractile, à sécrétion purulente très abondante, on peut être obligé de revenir à l'ancien mode de traitement, jadis employé par Laroyenne

aux lavages quotidiens de la poche avec une sonde à double courant.

Dans ces cas, en effet, la gaze iodoformée draine insuffisamment, le pus se collecte au-dessus de la gaze qui fait tampon sur l'orifice. Il y a là une indication très nette de faire des lavages dans cette plaie cavitaire ; mais il y a grand avantage à limiter les lavages de la poche aux seuls cas où ils sont nécessaires au lieu de les employer d'une façon banale (friabilité possible de la paroi supérieure de la poche qui peut être représentée par la trompe amincie ou de simples adhérences péritonitiques).

Si la tension du liquide dépasse la résistance de cette voûte, on est exposé à avoir une poussée de pelvi-péritonite. Ces poussées guérissent, mais retardent la guérison.

A côté des cas simples, où il suffit, pour arriver à la guérison, de trois ou quatre pansements, ou de lavages quotidiens de la poche pendant une ou deux semaines, il y a des cas compliqués, où des accidents de rétention, l'existence de poches multiples, ou encore la septicité même de l'infection initiale retardent la guérison. Celle-ci arrive toujours, mais après des péripéties. Chez ces malades, malgré le large débridement de plusieurs poches, le tracé continue à ressembler à celui d'une septicémie subaiguë à grandes oscillations.

Le mieux dans ces cas est de recourir après quelques jours, à un second et large débridement au métrotome, par le trajet de la première ponction. Le plus souvent à la suite de l'intervention : chute définitive de la température, fin des accidents et plus besoin de toucher à la plaie.

Le pyosalpinx et la plupart des collections pelviennes doivent être considérées comme des plaies cavitaires, ils sont exposés aux mêmes complications et justiciables des mêmes indications opératoires. Ce débridement secondaire suivi de tamponnement à la gaze iodoformée est aussi le traitement qui convient aux rares cas de fistules persistantes.

Les hémorragies, immédiates et secondaires ont toujours été arrêtées très aisément par le procédé de l'éponge. Il faut toujours employer l'éponge à cheval après le débridement, tel est le mode de pansement consécutif à la colpotomie que préconise Gouilloud. Répond-il aux indications que doit remplir ce pansement ? Et tout d'abord quelles sont-elles ? Lutter contre l'hémorragie possible, assurer le drainage, tel est son double but. Assurer le drainage cela est évident pour tous et tous les chirurgiens qui préconisent la colpotomie postérieure sont d'accord pour insister sur l'importance du drainage. Quant à l'hémorragie, l'on sait que généralement l'ouverture du cul-de-sac postérieur peut être faite sans crainte, cependant il arrive quelquefois que l'on rencontre dans cette région une branche artérielle donnant un jet de sang notable. L'hémorragie paraît être due à un rameau important émané de la vaginale. En effet, Durand et Commandeur ont vu la vaginale donner, peu après son origine, un rameau transversal d'assez gros calibre qui, se dirigeant directement en dedans pénétrait dans le ligament large en suivant une direction parallèle à celle de l'utérine, au-dessus de laquelle elle était placée, sur un plan plus postérieur. Elle gagnait ainsi, par le

plus court chemin, le cul-de-sac postéro-latéral du vagin, au voisinage de l'insertion de celui-ci sur le col et là, avant d'atteindre la ligne médiane s'infléchissait brusquement à angle droit pour se distribuer le long du vagin sur sa face postérieure. L'on comprend donc que si l'on se trouve en présence de cette disposition, l'éventualité d'une hémorrhagie soit à considérer. Nous venons de voir d'après le travail de Gouilloud quel était le mode de procéder de Laroyenne, voyons maintenant si les différents modes de traitement employés repondent bien aux indications que l'on est en droit de leur demander.

1° *L'éponge*

L'idée de placer une éponge dans le cul de sac postérieur après l'incision de ce dernier est venue tout naturellement à l'esprit des chirurgiens ; en effet lorsque Laroyenne pratiqua pour la première fois la colpotomie l'usage des tampons de gaze était fort peu répandu et l'on se servait pour remplir le rôle que l'on demande actuellement aux tampons d'éponges que l'on laissait préalablement tremper pendant huit jours dans une solution phéniquée. A l'heure actuelle les avantages de l'éponge ayant été constatés dans ce cas et nous avons surtout en vue, ses propriétés d'extensibilité qui permettent de maintenir le trajet béant, on en a conservé l'usage et voici quelles sont les préparations qu'on lui fait subir avant de s'en servir pour le pansement de la colpotomie postérieure. On prend une éponge du volume du poing

environ ou même un peu plus grosse, on la nettoie à l'eau et au savon, on la rince dans de l'eau stérilisée en l'exprimant une dizaine de fois, on la place ensuite pendant vingt-quatre heures dans une solution de carbonate de soude à 40 pour 1000, on la rince avec de l'eau stérilisée. Ceci fait, on place pendant huit jours l'éponge dans une solution phéniquée à 50 pour 1000. Au bout de ces huit jours, on la retire, on l'enveloppe avec une compresse de gaze stérilisée que l'on noue à une extrémité avec un fil de soie.

L'enveloppement ainsi pratiqué, permet en effet, plus de facilité pour retirer l'éponge. On place enfin l'éponge dans une solution phéniquée à 25 pour 1000 où on la laisse alors jusqu'au moment où l'on doit s'en servir. Au moment d'en faire usage il faut avoir soin de bien la rincer à nouveau à l'eau stérilisée. Lorsque le cul-de-sac postérieur a été incisé selon la méthode de Laroyenne et que l'incision a la largeur voulue, à l'aide d'une pince appropriée, on saisit l'éponge par l'extrémité opposée au fil et on la place dans la plaie de telle sorte qu'elle se trouve à cheval sur la tranche vaginale, une partie de l'éponge se trouve dans la poche que l'on vient de ponctionner, l'autre dans le vagin. Quand on voudra enlever l'éponge il suffira de faire une traction sur la partie vaginale et l'on en pourra aisément pratiquer l'ablation. Ainsi placée, quel sera le rôle de l'éponge ? Au point de vue hémostatique tout d'abord son rôle est évident, et la mise en place d'une éponge suffit à arrêter les hémorrhagies qui peuvent se produire au cours de l'opération. Mais l'éponge a encore d'autres rôles : étant à cheval sur la tranche vaginale et plon-

geant partie dans la poche, partie dans le vagin elle maintient la collection en rapport avec la tranche vaginale ce qui empêche le déversement du pus dans le péritoine, mais ce rôle n'est pas capital, la présence d'adhérences limitant le plus souvent l'invasion du pus, cependant elle a encore pour rôle de favoriser l'écoulement direct du pus dans le vagin par suite du rôle de maintien qu'elle a été appelée à jouer entre la poche et la tranche vaginale. Contribue-t-elle à maintenir béante l'incision vaginale ?

Oui, disent un certain nombre de chirurgiens, la présence d'une éponge dans l'incision vaginale, l'augmentation du volume qu'elle subit est telle, que la présence d'une éponge rend réellement la cicatrisation plus lente, elle peut la rendre assez lente même pour permettre à la collection de se vider et à l'abcès de guérir sans autre drainage consécutif lorsque l'éponge aura été enlevée, à la condition toutefois, disent la plupart des chirurgiens que l'incision vaginale soit assez large, qu'elle ait au moins trois ou quatre travers de doigt, que l'éponge ait été bien placée et qu'une fois l'ablation de l'éponge faite, on veille, dans la suite des pansements, à la fermeture normale de l'orifice. Reste à envisager la question du drainage. Si, au début, l'éponge semble jouer un rôle utile, ce rôle disparaît assez vite ; en effet, lorsque l'on vient de placer l'éponge, il est certain qu'elle joue le rôle d'un drain à l'égard du contenu de la poche, mais bientôt elle s'imbibe, ne sert plus à rien, au point de vue du drainage, et au contraire ne sert qu'à favoriser la rétention. La clinique nous apprend, en effet, qu'il faut enlever les éponges placées, après la colpotomie posté-

rieure au bout de deux ou trois jours, car à partir de moment, la température de l'opérée subit une ascension, les phénomènes de rétention du pus se montrent, l'éponge va à l'encontre de son rôle et dès que l'on en a pratiqué l'ablation, tous ces phénomènes disparaissent le plus souvent et l'affection suit son cours normal. L'ablation de l'éponge étant effectuée, les uns laissent la plaie sans pansement, d'autres, pour être plus certains d'assurer le drainage, placent dans l'ouverture qu'ils ont pratiquée un drain entouré de mèches de gaze, et ils n'enlèvent ce drain que lorsque la sécrétion de la poche paraît complètement tarie ; d'autres enfin remplacent l'éponge par une simple mèche de gaz iodoformée qu'ils enlèvent quand la poche ne laisse plus écouler de liquide.

2° Le tamponnement et le drainage capillaire

Nombre de chirurgiens, soit après l'ablation de l'éponge, soit dès que la ponction a été effectuée, préoccupés de parer à l'hémorrhagie, d'assurer le drainage de la poche et de maintenir l'orifice de débridement largement ouvert, pratiquent le tamponnement de la poche de la façon suivante. A l'aide de mèches de gaze, le plus souvent simplement stérilisée, mais quelquefois aussi iodoformée, ils bourrent la cavité de l'abcès en ayant soin de laisser chacune des mèches introduites, plonger dans le vagin par l'une de ses extrémités. Mais ainsi que l'a dit Bouilly au Congrès international de Genève en 1896, le tamponnement de la poche à la gaze iodoformée

mée ne peut être considéré comme utile que pendant les 24 ou 36 premières heures pour assurer l'hémostase de l'incision. Et encore, dans ce cas, est-il bien inférieur à l'éponge. Quoiqu'il en soit, au bout de ce temps, ce tamponnement doit être retiré pour ne plus être renouvelé, car ainsi que l'a montré Chaput, dans la thèse de Macquart-Moulin, si l'on veut continuer ce genre de pansement, la gaze doit être changée assez souvent et la quantité de gaze qui peut être réintroduite à chaque nouveau pansement devient de plus en plus minime, la gaze ne pouvant lutter contre la rétraction de l'orifice qui peut finir par se fermer, malgré tous les efforts du chirurgien. Ce genre de pansement, de plus, doit être fréquemment renouvelé, il est douloureux pour la malade et, si on ne le change que rarement, la gaze s'imbibe et draine mal.

3° *Mèches de gaze et drains*

Toute autre est, après l'ablation de l'éponge, si l'on veut continuer à mettre quelque chose dans la poche, l'application de mèches de gaze et de drains. Un drain seul a été souvent employé par nombre de chirurgiens, et, dans ce cas, le plus souvent, l'on a eu recours à des drains d'une forme spéciale, mais l'on peut fort bien se servir d'un drain ordinaire, dont le calibre sera approprié au volume de l'incision, on choisira ordinairement un drain de volume moyen, drain sur les parties latérales duquel l'on placera deux mèches de gaze stérilisée débordant un peu l'extrémité supérieure du drain,

c'est-à-dire celle qui sera mise dans la poche. Le drain, ainsi placé, permettra l'évacuation des liquides, empêchera l'oblitération de l'incision et la présence des mèches de gaze placées sur ses parties latérales, évitera l'irritation des tissus avec lesquels le drain sera en contact. Le calibre du drain permettra le libre écoulement des liquides, on pourra à volonté, et d'après les indications fournies par le volume de la poche, la diminuer, on sera ainsi certain de parer aux accidents dûs à la rétention du pus et le drain ne pouvant pas s'imbiber comme le ferait de la gaze seule, il sera inutile de le changer aussi fréquemment que l'on serait obligé de faire si l'on se contentait de mettre dans la poche une mèche de gaze pour en assurer le drainage. Ainsi pratiqué, le drainage évitera la rétention purulente avec toutes ses complications, le drain sert, en effet, efficacement à l'évacuation du pus, la gaze seule, au contraire, fait bouchon dès qu'elle est imprégnée de pus, et la présence du drain maintient ouvert l'orifice vaginal, empêche les fistules consécutives et supprime ainsi les dilatations secondaires avec les tiges de laminaire ou les débridements secondaires au métrotome.

Quant aux infections secondaires possibles par le drain, l'expérience a montré que cette crainte était théorique et qu'il n'y avait pas lieu de s'en inquiéter dans l'application des divers genres de pansements consécutifs à la colpotomie postérieure.

4^o *Drains spéciaux*

A côté des chirurgiens qui, persuadés que, lorsque l'incision du cul-de-sac a été pratiquée d'une façon assez large (trois travers de doigt environ) et qui, ayant placé une éponge aussitôt après la colpotomie, l'enlèvent au bout de trois jours, et, à partir de cette époque, ne pratiquent plus aucun mode de drainage, certains qu'ils sont que l'ouverture large qu'ils ont pratiquée, maintenue béante pendant trois jours par la présence de l'éponge, sera suffisante pour permettre à la poche de se vider complètement, se placent ceux qui, préoccupés surtout d'assurer le drainage de la poche, ont eu recours à des drains spéciaux.

Parmi les premiers nous citerons M. A. Pollosson, parmi les seconds : Bouilly, Pichevin dans la thèse de Valentin, Le Bec, Pozzi, J. L. Faure qui préconisent le drain en T. C'est un drain double disposé en croix. Le T du drain sert à le maintenir en place et il n'est pas nécessaire de le fixer au col par un fil quelconque ainsi que le conseille Péan. Ce drain peut être confectionné extemporanément à l'aide de deux drains ordinaires que l'on croise perpendiculairement et que l'on maintient réunis par un fil de soie. Hormis les cas où un suintement sanguin nécessiterait quelque tamponnement, on suivra pour l'application de ce drain les préceptes donnés par Lejars dans la thèse de Fonvieille c'est-à-dire que l'on s'abstiendra de laisser des mèches dans la poche, le drain seul y sera placé, émergera de l'incision

et sera coupé à peu près mi-hauteur du vagin, puis des bandelettes de gaze iodoformée ou simplement aseptique seront chiffonnées tout autour de lui et rempliront le vagin sans tassement serré. Pour pratiquer l'ablation du drain, il suffira de tirer sur la partie située dans le vagin. Tuffier dans la thèse de Rodriguez conseille deux drains en caoutchouc rouge associés en canon de fusil, que l'on suture au col utérin pour les fixer à demeure dans la poche. Boisleux y ajoute un troisième drain plus court perpendiculaire aux deux précédents.

C'est un drainage en croix qu'il fixe à l'ouverture de la poche par des points de suture. Mais n'oublions pas que ces deux dernières manières de faire ont un grand inconvénient : d'une part, en effet, les sutures sont difficiles à pratiquer au fond du vagin, et d'autre part, elles ne font que rétrécir une ouverture qu'il faut maintenir la plus grande possible car elle ne demande qu'à se fermer. Chaput se sert pour pratiquer le drainage du drain de Verchère-Malécot. Construit sur le principe de la sonde à demeure de Malécot, il nous présente à l'une de ses extrémités deux œillères saillantes et une fois introduit dans la cavité de l'abcès, il reste fixé grâce à ces parties saillantes. Laissé en place plus ou moins longtemps, il empêche la fermeture de l'abcès : les parties saillantes n'en gênent pas l'introduction car il est facile à l'aide d'une pince de les appliquer sur la partie cylindrique du drain au moment de l'introduction. L'extrémité du drain est laissée libre dans le vagin, l'ablation du drain est assez facile.

Le drain, dit drain Plauchu se compose de deux drains accolés formant une anse à l'une de leurs extré-

mités, extrémité que l'on place dans la poche et qui en s'écartant forme une sorte de fer à cheval qui maintient le drain en place.

Enfin Vincent pratique le drainage à l'aide d'un drain spécial. C'est un drain double à pavillon formé de deux tubes de caoutchouc, d'un diamètre de 8 à 10 millimètres, accolés et fixés l'un à l'autre comme les canons d'un fusil double et se terminant à l'une de leurs extrémités par un large pavillon de forme ovale.

Pour s'en servir, il suffit de tailler dans le pavillon deux encoches plus ou moins grandes, suivant les dimensions de l'incision vaginale. On transforme ainsi le drain à pavillon en un drain à deux oreilles. Ces deux oreilles sont rapprochées, prises dans les mors d'une pince à pansement pour l'introduction dans la poche. Le pavillon une fois introduit, on retire la pince ; les oreilles se séparant par leur propre élasticité, maintiennent alors solidement le drain dans l'intérieur de la cavité.

Il est certain que toutes ces différentes variétés de drains ont tous pour but d'assurer l'évacuation de la cavité purulente ; et de fait il drainent bien, ils évitent les pansements répétés qui sont toujours douloureux ; pour ce qui est de la question de leur ablation les chirurgiens sont généralement d'accord pour la pratiquer quand la suppuration est devenue insignifiante, la fièvre nulle ; il est en effet de toute nécessité, dit Rosenblat dans sa thèse, de laisser les drains, jusqu'à ce que la poche se soit complètement rétractée et ait, pour ainsi dire, expulsé elle-même les drains. De cette manière, dit-il, on évitera les fistules qui, d'après lui, se produisent quand les soins consécutifs n'ont pas été suf-

fisants, que toutes les poches n'ont pas été ouvertes, où bien dans quelques-uns des cas où la suppuration est entretenue par les annexes malades. M. A. Pollosson enseigne du reste que dans ces cas de fistules durables, il faut songer à la tuberculose. La fistule, dit Rosenblat, peut encore se produire lorsque la collection est considérable, que tout l'utérus baigne, pour ainsi dire, dans le pus ; le petit bassin formant ce que l'on a appelé une éponge purulente. Dans ces cas-là un nouveau débridement suffit quelquefois à assurer la guérison, mais s'il reste sans résultat, il faudra recourir à une opération radicale.

Mais, disons de plus, que tous ces drains spéciaux, si la poche est mal cloisonnée, soit qu'il s'agisse d'une pelvi-péritonite à forme généralisée, soit qu'il s'agisse d'une hématocele dans laquelle la membrane protectrice est très mince et friable, ces drains spéciaux, disons-nous, peuvent par leur présence, déterminer du côté de l'intestin des fistules et des occlusions.

La colpotomie faite, le système de drainage mis en place, faut-il pratiquer des lavages à l'intérieur de la poche ? Les avis sur ce point sont partagés. Tandis que Laroyenne les rejette dans la plupart des cas, que Pichevin dans la thèse de Valentin conseille de simples lavages vaginaux, que Morély considère les lavages intra-cavitaires comme inutiles dans la majorité des cas et en outre souvent dangereux car la poche qui vient à peine de se vider est très friable et on risque en y injectant des liquides sous pression de la rompre et de provoquer ainsi une poussée de pelvi-péritonite ou même de péritonite généralisée, Vincent les préconise. Il

conseille des irrigations antiseptiques quotidiennes et abondantes de la cavité purulente par l'intermédiaire de son double drain à pavillon. Le liquide injecté entre par un drain et ressort immédiatement par l'autre et il considère comme un avantage de son drain ce fait que par suite du chemin suivi par le liquide injecté il n'y a pas à craindre la moindre augmentation de pression à l'intérieur de la poche et par suite la rupture de sa paroi.

Lorsque la suppuration est devenue insignifiante, la fièvre nulle et qu'il a pratiqué l'ablation de son drain, Vincent préconise encore des lavages de la poche à l'aide de la sonde de Reverdin, le trajet pouvant être dilaté par la mise en place de la sonde et l'écartement de ses branches à l'intérieur du trajet.

A l'heure actuelle la question est comprise d'une façon plus générale ; on admet et cela se comprend aisément que tout lavage à l'intérieur d'une poche bourgeonnante traumatise les cellules et de ce fait est plutôt nuisible qu'utile à la cicatrisation.

L'indication du lavage dans les poches suppurantes peut se comparer à celle des lavages dans les cas de pleurésies purulentes. On ne lave que s'il y a des phénomènes de résorption toxique dans lesquels cette pratique donne de bons résultats.

CHAPITRE III

Du choix d'un Pansement

Nous allons exposer maintenant les modes de pansement adoptés dans le service de gynécologie de la Charité. M. Albertin estime qu'il ne faut pas adopter un seul pansement applicable à la colpotomie. On peut classer les pansements suivant les indications qu'ils ont à remplir.

Fréquemment à la suite de l'ouverture du cul-de-sac de Douglas on a à combattre : l'hémorrhagie.

C'est dans les cas d'ablation d'annexes enfouies au milieu d'adhérences multiples où l'index est obligé d'aller les énucléer que cet incident opératoire peut se produire, l'opération étant terminée. Il persiste une cavité dans le Douglas et de chaque côté de l'utérus, cavité tapissée par des surfaces cruentées qui saignent en nappe, quelquefois très abondamment.

Dans d'autres cas, il s'agit d'énucléation de grossesses tubaires adhérentes sur toute la périphérie de la

trompe dilatée alors que le kyste foetal n'est pas encore rompu.

D'autres fois ce sont des kystes ovariens, des hydrosalpinx, toute la série des petites tumeurs solides ou liquides à leur premier stade de développement, à évolution intra-pelvienne et que l'on aborde par la voie vaginale.

Enfin, pour compléter l'énumération des cas cliniques qui, après l'intervention donnent lieu à des hémorragies pelviennes abondantes, nous citerons l'hématocèle qui équivaut à une grossesse tubaire rompue et qui est constituée par un caillot pelvien plus ou moins considérable. Lorsque l'on intervient par l'ouverture du Douglas en pareil cas, il est de règle, surtout lorsque l'hématocèle date déjà de quelque temps, de voir à la suite de l'ablation des caillots anciens se produire des hémorragies de sang rutilant qui s'échappe des vaisseaux néoformés sur les parois qui circonscrivent l'hématocèle. Cet écoulement sanguin est quelquefois très abondant et lorsque le chirurgien a vidé plus ou moins complètement la poche il lui tarde d'arrêter cette hémorrhagie secondaire qui, chez une malade anémiée, peut produire des accidents fâcheux.

Citons enfin, en dernier lieu, les hémorragies qui se produisent aux dépens des tranches vaginales de l'incision et qu'il faut bien se garder de mépriser. Ces hémorragies sur lesquelles Laroyenne avait déjà attiré l'attention, peuvent donner lieu à un écoulement très abondant de sang. Il est fréquent de voir deux ou trois petits jets de sang partir des lèvres de l'incision, surtout de la lèvre postérieure et nous avons vu

M. Albertin mettre souvent une pince d'attente pour avoir raison de ces hémorrhagies. Le même pansement qui nous fera l'hémostase des cavités pelviennes nous fera l'hémostase des tranches vaginales.

Le meilleur pansement hémostatique immédiatement après la colpotomie pratiquée dans les différents cas énumérés ci-dessus nous paraît être l'éponge suivant les préceptes de Laroyenne. Pour la mettre en place, il est important de bien accrocher avec l'index gauche la lèvre postérieure du Douglas.

L'index, placé à plat, abaissera fortement ce plan péritonéal de façon à permettre l'introduction de l'éponge qui glisse sur la face dorsale du doigt. Une légère traction pratiquée sur une pince tire-balles fixant le col utérin complètera la manœuvre destinée à faire baïller largement l'incision du cul-de-sac postérieur pour éviter que l'éponge ne se coiffe du péritoine en le refoulant. La partie supérieure de l'éponge doit se placer dans la cavité qu'elle est destinée à tamponner. Cette cavité peut être limitée soit par le péritoine, soit par les parois d'une collection pelvienne. L'éponge qui a été énergiquement comprimée reprend son volume au moins égal et quelquefois supérieur au poing et son application sur les parois amène la cessation rapide des hémorrhagies en nappe que nous avons signalées. Une partie de l'éponge reste dans le vagin et est étranglée à la façon d'un sablier au niveau de l'incision vaginale.

L'éponge est donc placée en quelque sorte à cheval, partie au-dessus, partie au-dessous de cette incision. La compression en retour au niveau de l'étranglement arrêtera rapidement les quelques hémorrhagies artérielles que nous avons signalées.

L'éponge, ainsi placée, ne doit pas être laissée trop longtemps à demeure, nous savons que certains chirurgiens laissent ces éponges jusqu'à six et huit jours en place ; M. Albertin se rallie à l'opinion de Laroyenne et Gouilloud qui conseillent de l'enlever soit deux, soit trois jours après sa mise en place. Au bout de 48 heures, en effet, l'éponge est gorgée de liquide et peut alors produire de la rétention ou devenir elle-même un foyer de fermentation putride. Dans les foyers d'hématocèle principalement, le maintien prolongé peut être suivi de l'infection de la poche et de la putréfaction des caillots. Nous l'enlèverons donc au bout de deux à trois jours au plus pour la remplacer par un autre mode de pansement. L'observation soigneuse du tracé thermométrique peut fournir l'indication à l'ablation prématurée de l'éponge ou à son maintien plus ou moins prolongé.

Nous finirons de démontrer le rôle hémostatique de l'éponge en renvoyant à plusieurs observations de M. Albertin où ce chirurgien a pratiqué l'ablation des annexes sans laisser de pincés à demeure, sans placer de ligatures, en se contentant de la mise en place de l'éponge comme moyen hémostatique. Il est vrai que la forcipressure temporaire exercée sur le pédicule avait, déjà, en pareil cas, réduit l'hémorrhagie au minimum. Quoiqu'il en soit nous n'avons pas eu à combattre d'hémorrhagie secondaire.

Une seconde indication à remplir après l'ouverture d'une collection pelvienne est d'assurer le drainage qui permettra aux produits de s'écouler au dehors au fur et à mesure qu'ils seront sécrétés.

Le mode de drainage qui paraît le plus logique en

chirurgie générale. c'est-à-dire le drain de caoutchouc a été appliqué au drainage du cul-de-sac de Douglas. Et comme le drain était difficilement maintenu, on a créé des drains spéciaux ; nous citerons le drain à pavillon de Vincent, le drain Plauchu, la grosse sonde de Pezzer et le drain de Verchère-Malécot. Quelques-uns recommandent si l'on ne veut pas se servir de drains spéciaux de fabriquer un drain en croix. A tous ces drains spéciaux M. Albertin fait un reproche : c'est que leur maintien prolongé expose à l'ulcération de la paroi antérieure du rectum, à la production de fistules stercorales. En effet, dans plusieurs cas où ce mode de drainage a été institué chez des malades de son service, il a vu, vers le dixième jour environ, se produire une fistule dans la région où le drain était en contact le plus intime avec la paroi antérieure du rectum c'est-à-dire immédiatement au-dessus de la lèvre postérieure de l'incision du Douglas.

La présence du drain paraît bien être la cause de cette fistule, on ne peut pas dire que c'est une fistule opératoire, elle n'apparaît le plus souvent que douze à quinze jours après l'opération, elle ne coïncide pas avec une accentuation des phénomènes inflammatoires, nous l'avons vu se produire chez des malades déjà apyrétiques ; en outre, l'ablation du drain, son remplacement par une petite mèche de gaze incapable d'exercer la moindre compression, est suivie d'une guérison rapide de la fistule. A une certaine époque, M. Albertin crut devoir employer dans un assez grand nombre de cas le drain à pavillon de Vincent ou la grosse sonde de Pezzer, dans la moitié des cas environ (soit environ six

observations) il n'y eut pas de fistules, mais dans ces cas les pansements avaient été faits fréquemment, les drains enlevés puis remis, dans quatre autres observations où les pansements étaient rares, où le drain était laissé cinq à six jours en place, on vit se reproduire des fistules recto-vaginales.

L'ablation immédiate du drain, la réduction au minimum ou même la suppression de tout pansement amena la disparition rapide de ces fistules stercorales ; depuis cette époque M. Albertin proscriit absolument l'emploi des drains spéciaux leur attribuant une part active dans la production de ces fistules rectales. On voit donc que ce qui paraissait être le drainage idéal n'est pas sans inconvénient et qu'il y a lieu de rechercher un mode de pansement adéquat aux indications sans pourtant nous exposer à de fâcheuses complications.

Dans le cas de grosses collections suppurées, pyosalpinx du volume du poing, mais dont les parois présentent une certaine souplesse, on doit choisir de préférence la mèche de gaze stérilisée préconisée par Laroyenne. Là encore il est besoin d'entrer dans le détail pour exposer ce mode de pansement tel que le fait M. Albertin. L'incision du cul-de-sac de Douglas doit être aussi large que possible (6 à 8 centimètres) ; si l'on ne veut pas compléter l'incision sur une aussi grande étendue on peut faire la dilatation de la boutonnière à l'aide du dilatateur gouttière ayant les dimensions que lui a données Loison. Deux mèches de gaze sont préparées cylindriquement roulées ou constituées par des compresses languettes superposées mais en quantité suffisante pour avoir au moins le

volume de deux doigts réunis. L'index et le médus gauches placés dans le vagin réclinent la lèvre postérieure de l'incision du Douglas, la main droite armée d'une pince languette prend l'extrémité d'une première mèche et la place dans l'un des angles de l'incision d'un côté puis de l'autre. L'index gauche refoule soigneusement les mèches dans les angles de l'incision du Douglas de façon à ce que la partie moyenne reste absolument libre et béante. Pendant les premières heures qui suivront, les liquides s'écouleront librement par cette ouverture, de plus les mèches de gaze font de chaque côté un drainage capillaire efficace.

Dans les pansements ultérieurs si l'écoulement des liquides est toujours très abondant, M. Albertin place entre les deux mèches de gaze un drain ordinaire du volume du petit doigt et par conséquent de volume moindre ou tout au plus égal aux mèches de gaze placées latéralement ; c'est ce qu'il appelle combiner le drainage capillaire au drainage tubulé. Le drain par son contact latéral avec les mèches de gaz est bien maintenu en place, il ne glisse pas comme lorsqu'il est mis seul, en outre la présence d'un drainage capillaire souvent presque suffisant permet de réduire le drain à un petit volume et d'éviter ainsi les phénomènes de compression du côté du rectum. Malgré cela, ce drain doit être surveillé, laissé relativement peu de temps en place, c'est à dire qu'à chaque pansement fait tous les deux ou trois jours il sera mobilisé et quelquefois même encore réduit de volume.

En adoptant ce drainage combiné M. Albertin nous a paru toujours préoccupé des conséquences fâcheuses

qu'il a observées à la suite de l'emploi des gros drains spéciaux à demeure. C'est pour cela qu'il conseille à ses élèves de mobiliser fréquemment le drain et d'en restreindre le volume. Dans* certains cas, on peut avoir à ouvrir de volumineuses collections salpingiennes, quelquefois unilatérales, quelquefois doubles, l'index qui explore ces cavités une fois vidées de leur contenu constate que leurs parois sont mobiles, ont de la tendance à se recroqueviller (c'est le mot qui nous paraît le plus juste). A cette variété correspond un pansement qui peut remplir la double indication : drainer les liquides qui seront secrétés et capitonner la poche sans trop la distendre de façon à en permettre le retrait. Une mèche de gaze un peu longue remplira ce double but. L'index gauche est* introduit dans le Douglas, va à la recherche de l'ouverture salpingienne, accroche la lèvre inférieure de l'incision et la fixe ; une pince languette conduit cette mèche sur le dos de l'index de façon à bien la faire pénétrer dans la cavité où l'on veut amorcer le drainage. On peut alors faire pénétrer une quantité plus ou moins grande de gaze de façon à capitonner les parois du pyosalpinx évacué. Ce mode de pansement correspond un peu au pansement de l'éponge, mais il produit cependant une distension moindre, il peut être appliqué des deux côtés droit et gauche et s'adresse à des collections de moindre volume.

Une question se pose et a un certain intérêt, car elle est résolue de façon différente, c'est celle des lavages dans les foyers purulents évacués, la plupart des gynécologues lyonnais sont opposés aux lavages, Laroyenne et Gouilloud qui les ont pratiqués, les ont abandonnés

et M. A. Pollosson qui a succédé au professeur Laroyenne paraît en avoir extrêmement restreint les indications. M. Albertin considère les lavages comme contr'indiqués dans le plus grand nombre des cas, il faut bien se garder de les pratiquer lorsqu'on se trouve en présence de collections récentes à évolution aiguë ou subaiguë. Dans ces cas, l'évacuation doit être complète par une ouverture suffisante et si l'on veut faire la toilette de ces poches à parois souples, il est préférable de la pratiquer à l'aide de petits tampons délicatement promenés dans le fond de la cavité. La comparaison qui a été faite entre ces collections et l'empyème aigu, nous paraît très heureuse et la même raison qui a fait renoncer les médecins à laver l'empyème peut servir aux chirurgiens à contr'indiquer les lavages en pareil cas. Dans certains cas où les lavages pourraient être indiqués dans les vieilles cavités à parois résistantes, il est plus utile de chercher à cliver une certaine portion de la coque et à l'énucléer ; de cette façon, on peut rendre les parois plus souples et en faciliter la rétraction.

Les divers modes de pansement, que nous venons de passer en revue, constituent ce que l'on pourrait appeler les pansements immédiats de la colpotomie postérieure, nous avons signalé, chemin faisant, que les éponges ne devaient pas être laissées très longtemps en place, qu'il en était de même pour les volumineuses mèches de gaze formant capiton, en effet le rôle hémostatique de ces pansements est vite terminé et la distension des parois n'a bientôt plus les mêmes indications. La guérison s'obtient par deux modes principaux : les parois de la cavité s'affaissent, vont à l'encontre

l'une de l'autre, peuvent quelquefois même adhérer et la cavité devient plus ou moins virtuelle. Si le plafond, qui limite, du côté du pelvis supérieur ces collections, est assez souple, la pression intestinale contribue à repousser du côté du plancher pelvien ces cloisonnements péritonéaux et tend à produire l'effacement des cavités sous-jacentes.

Ces deux actions se combinent pour arriver au même résultat.

Nous ne ferons qu'indiquer le second mode de guérison qui est une véritable cicatrisation par bourgeonnement.

Pour en revenir aux premières conditions qui favorisent la guérison après l'ouverture des collections par le cul-de-sac de Douglas, nous voyons que s'il faut maintenir le drainage pour éviter la rétention du pus au point de vue septique, il ne faut cependant rien faire qui puisse s'opposer à la rétraction des poches incisées. Certains chirurgiens préconisent l'absence de tout pansement. Cette conduite peut se justifier, mais elle a un inconvénient, c'est de permettre la rétraction trop rapide de l'incision du Douglas qui devient bientôt inabordable. Faut-il, comme le conseillent quelques chirurgiens, faire tous les deux ou trois jours une dilatation digitale?

Cette manœuvre assure la perméabilité du trajet, mais elle est douloureuse et il faut qu'elle soit faite d'une façon bien régulière et continue pour que les douleurs qu'elle occasionne soient facilement supportées. D'autres chirurgiens suivent la pratique de Laroyenne et maintiennent une mèche de gaze à demeure dans le trajet fistuleux jusqu'à sa complète oblitération de la pro-

fondeur à la superficie. Cette méthode nous paraît devoir être conservée, on lui a reproché de provoquer des douleurs insupportables et de rendre impossible le traitement consécutif à la colpôtomie.

Pour, sinon supprimer, du moins atténuer le désagrément de ces manœuvres, il nous paraît indispensable de faire des pansements assez fréquents, tous les trois jours environ ; en outre, il ne faut pas croire que la pratique de ce pansement est chose facile. Il est indispensable que la malade soit mise dans une position convenable, que le chirurgien ait toutes facilités pour aller avec son index gauche à la recherche de l'incision du Douglas qu'il faut traverser pour aborder l'orifice profond qui conduit dans la collection. Lorsque l'index s'est bien repéré, l'introduction est certainement plus facile et l'on graduera le volume de la mèche proportionnellement au calibre du trajet fistuleux. On constate au fur et à mesure des pansements que la cavité se rétrécit pour se combler enfin définitivement. Dans le cas de persistance de trajet fistuleux sans qu'il y ait de grandes cavités derrière, nous avons vu M. Albertin employer avec succès des crayons xéroformés qui sont, à l'aide du porte-crayon que l'on emploie pour mettre en place les crayons de chlorure de zinc, poussés dans le trajet.

Nous voyons que soit dans les pansements immédiats, soit dans les pansements tardifs M. Albertin rejette l'emploi des drains spéciaux qu'il considère comme dangereux pour l'intégrité du rectum.

Si la rétraction de l'orifice du débridement se produit d'une façon trop complète et trop rapide il est plus simple de procéder soit à la dilatation forcée à l'aide du

dilatateur utérin de Siredey, soit un nouveau débridement sous anesthésie générale faite à l'aide du Kélène. Les inconvénients de l'anesthésie sont réduits au minimum et il est bien rare qu'on soit obligé de répéter cette intervention plusieurs fois dans le cours des suites opératoires.

En résumé nous sommes d'avis qu'il faut être éclectique et choisir un mode de pansement suivant les indications que nous avons formulées en tenant compte du but à atteindre, de la nature de la collection et du moment post-opératoire rapproché ou éloigné de l'intervention.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

X... 43 ans. — Collection. — Ponction de Laroyenne.

Pas d'affection antérieure.

Règles toujours parfaitement régulières.

Trois accouchements, le dernier il y a quinze ans. Depuis deux ans environ, la malade éprouve dans l'abdomen plutôt à gauche des douleurs intermittentes survenant à propos de fatigues et attribuées à un déplacement utérin.

Le 26 avril 1904 elle entre dans le service du docteur Albertin à l'hôpital de la Charité. Depuis quinze jours est apparue une autre douleur très vive celle-là et siègeant du côté droit de l'abdomen. Cette douleur s'irradie dans les reins et a obligé la malade à se mettre au lit.

Quelques pertes blanches depuis ces derniers jours. Règles parfaitement régulières, les dernières ont eu lieu il y a quelques jours et ont été plus abondantes que d'habitude.

Pas de pertes dans l'intervalle.

Pas de douleurs à la miction.

A l'examen : L'abdomen est ballonné et la palpation profonde impossible à cause de la douleur accusée par la malade. On trouve à droite et à gauche au-dessus des arcades crurales une zone d'empâtement ; à gauche il semble même qu'on puisse limiter une tuméfaction allongée remontant presque jusqu'à l'épine iliaque.

Ces deux zones d'empâtement sont mates.

Au toucher : On constate une cystocèle très marquée, le col utérin n'est pas saillant. On ne sent pas le fond de l'utérus. Il semble cependant d'après la direction de l'isthme que le corps utérin se dirige du côté du promontoire.

La température oscille entre 37°5 le matin et 39° le soir.

Intervention le 4 mai 1904 (M. Albertin).

Sous anesthésie : sensations très précises :

Grosse collection à droite et en arrière de l'utérus qui paraît fibromateux.

Annexes gauches un peu volumineuses.

Ponction avec le trocart de Laroyenne.

Drainage à l'aide d'un drain et de deux mèches. Après l'intervention la température tombe à 38°.

13 mai 1904. — Œdème considérable des grandes lèvres. Trajet encore perméable. On sent toujours à droite une masse indurée dépassant le pubis. Albumine dans les urines.

16 mai 1904. — Ablation de la mèche. On a toujours des oscillations de la température. La masse droite paraît avoir diminué. On sent par contre à gauche par le palper bimanuel une masse allongée qui paraît faire corps avec l'utérus.

On ne sent pas le corps utérin.

Ablation définitive de la mèche.

18 mai 1904. — La température est de 37°5 le soir, l'œdème a disparu, l'état général est bon.

Le 25 mai 1904. — La malade quitte le service, se trouvant en bonne santé. Le toucher vaginal montre qu'il persiste dans

la fosse iliaque gauche une tumeur assez volumineuse paraissant développée aux dépens des annexes de ce côté.

OBSERVATION II

X... 31 ans. — Entrée le 4 mars 1904. — Collection.
— Ponction de Laroyenne.

Fièvre typhoïde il y a 9 ans.

Réglée à 14 ans. Règles régulières.

Pas de pertes blanches.

Il y a trois semaines, léger retard de règles de huit jours environ. Il y a douze jours, douleurs violentes dans le ventre, quelques irradiations dans les reins. Pas de pertes rouges. Pas de vomissements.

A l'examen. — Il est difficile de déterminer la place de l'utérus.

En arrière dans le cul-de-sac postérieur on sent une masse dure, irrégulière, un peu douloureuse au toucher et s'étendant assez loin latéralement à droite et à gauche.

Le 4 mars 1904. — Intervention. Sous anesthésie. Ponction de Laroyenne. Ablation incomplète de la trompe gauche.

On place une grosse éponge.

Le jour de l'intervention la température est de 38° le matin, 39° 3 le soir.

Le 6 mars 1904, on enlève l'éponge et l'on pratique le drainage avec un drain et deux mèches pour faire un drainage à la fois tubulaire et capillaire. La température qui se maintenait entre 38° et 38° 5 oscille alors entre 37° 4 et 37° 7.

Le 10 mars 1904 la température atteint 38° nouveau pansement.

Le 17 mars 1904, la malade n'a plus de température, ne souffre plus.

Le 19 mars 1904, elle quitte le service, elle va bien.

OBSERVATION III

X. . . . 22 ans. Salpingite bilatérale. Petite trompe droite. Grosse trompe gauche faisant saillie dans le Douglas.

Pas de maladies dans l'enfance.

Réglée à 15 ans. Règles à peu près régulières. Pas d'enfant. Pas de fausses couches. Au printemps une perte longue d'un mois, sans douleurs. Puis les règles sont revenues jusqu'au mois d'août.

Au mois d'août est survenue une nouvelle perte qui a duré aussi un mois.

En même temps survinrent des douleurs assez violentes, avec irradiations dans les reins et les cuisses. La malade est restée cinq semaines au lit. Puis les règles sont revenues comme d'habitude.

Au mois de décembre quelques pertes sont survenues. Sur les conseils d'un docteur elle entre à la Charité.

Le malade n'a pas eu de retard de règles, les accidents qui lui ont fait prendre le lit sont survenus toujours quelques jours après les règles.

Elle entre à la Charité dans le service de M. le docteur Albertin le 4 janvier 1904.

A l'examen, on constate :

Un utérus normal, en bonne position.

Du côté du cul-de-sac latéral droit, on sent une trompe présentant à peu près le volume de deux doigts ; du côté

gauche, le cul-de-sac latéral est souple ; mais si on l'explore plus en arrière du côté du Douglas on sent une masse présentant le volume d'une orange, assez régulière et faisant saillie dans le Douglas. La température oscille aux environs de 37°5.

13 janvier 1904. — Intervention. Ponction du Douglas. Par l'ouverture ainsi pratiquée, on fait l'ablation de la trompe gauche. On place une éponge. Le 15 janvier 1904 la température, qui, le 14 avait été de 37°5 le matin et 38° le soir, est de 37°8 le matin et 38°7 le soir. Le 16 janvier 1904 elle atteint 39°2 le matin. On pratique alors l'ablation de l'éponge et l'on place un drainage à l'aide d'un drain de volume moyen et de deux mèches.

La température est encore de 39° le 16 janvier 1904 au soir. Le 17 janvier elle est de 38° le matin, 38°8 le soir. Le 18 janvier elle est de 37°8 le matin, 38° le soir, à partir de ce moment la température qui est de 37°5 le matin atteint 38°1 le soir pendant quatre ou cinq jours, mais à partir du 25 janvier 1904 la malade est apyrétique. On continue les pansements tous les cinq jours. Le 5 février 1904 brusquement la température de la malade atteint 39°5, la veille au matin elle avait 37°5 et le soir 38°, on renouvelle alors le pansement et dès le lendemain la température retombe progressivement pour osciller à nouveau autour de 37°5, jusqu'au 14 février où nous notons une nouvelle ascension brusque de température à 39° qui cède au pansement, à partir de ce moment la température baisse progressivement.

La malade devient complètement apyrétique.

Le 1^{er} mars 1904. — La malade quitte le service, elle se sent bien.

On sent encore à droite une légère tuméfaction, l'état général est excellent.

OBSERVATION IV

X... 38 ans. — Collection purulente.

La malade vient dans le service du docteur Albertin le 2 mai 1903. Elle vient de la 1^{re} infirmerie où elle était soignée pour une fausse couche de deux mois.

Le cul-de-sac de Douglas est douloureux.

On trouve un utérus mobile et douloureux.

La malade n'a pas de fièvre, pas de métrorrhagies.

Le 25 mai 1903. — Intervention : On ponctionne le cul-de-sac selon la méthode de Laroyenne, on tombe sur une vaste poche mal délimitée en haut, remplie de caillots. On place une éponge.

Le 28 mai 1903. — La température atteint 38°5 le soir. On fait l'ablation de l'éponge. On place un drain et des mèches de gaze.

A partir de ce moment la température oscille aux environs de 37°5.

Le 20 juin 1903. — La malade quitte le service, elle va bien, on lui prescrit des injections vaginales.

Le 20 juillet 1903. — La malade revient dans le service, elle se plaint d'avoir toujours des pertes. On constate au niveau de l'incision du cul-de-sac l'écoulement d'un peu de sérosité. Le toucher permet de se rendre compte qu'à ce niveau il existe une légère ouverture par laquelle on sent l'épiploon. On met deux mèches et un tampon.

Le 15 août 1903. — La malade quitte le service. Elle a un peu de prolapsus utérin, on sent un petit bourgeon dans le cul-de-sac postérieur.

Le 15 décembre 1903. — La malade se présente à la consultation dans le service de M. le docteur Albertin, on lui conseille de rentrer dans le service.

Le 6 janvier 1904. — La malade est rentrée dans le service. On constate au toucher : une collection refoulant l'utérus en avant. En introduisant un doigt dans le vagin et un dans le rectum on sent une collection qui s'insinue entre les deux doigts. Le 7 janvier 1904, la température est de 37°8 le matin et de 39°1 le soir.

Le 8 janvier 1904. — On ponctionne la collection purulente. On enlève les deux trompes. On place une éponge. La température tombe à 37°2 le soir de l'opération. Mais le 9 au soir elle atteint 38°6. Le 10 au matin on enlève alors l'éponge que l'on remplace par un drainage pratiqué à l'aide d'un drain et de deux mèches.

Il n'y a plus eu d'élévation de la température, les suites opératoires furent simples.

Le 20 janvier 1904. — La malade quitte le service. Elle va bien.

OBSERVATION V

X..., 39 ans. — Utérus fibromateux. Collection.

La malade entre dans le service le 24 mai 1903, parce qu'elle souffre depuis quinze jours.

Règlée régulièrement depuis l'âge de 12 ans. Il y a quatre ans, la malade ressentit des douleurs assez violentes du côté droit. Cela dura environ deux mois, puis guérison spontanée. Il y a quinze jours, la malade recommence à souffrir du côté droit. Les douleurs sont de plus en plus violentes. La malade est obligée de garder le lit. Ces douleurs qui durent jour et nuit, empêchent absolument la malade de dormir.

A l'examen. — Le col est reporté en avant. En arrière et à gauche, on trouve une grosse masse. Pas d'albumine. Température à l'entrée : 39° 1 le matin, 39° 3 le soir.

Le 25 mai 1903. — On pratique la ponction selon le procédé de Laroyenne.

Issue de pus. On trouve trois poches superposées, à parois épaisses, que l'on ouvre successivement.

On place deux mèches et une éponge. La température qui était de 39° 2 le matin de l'intervention tombe bien vite. Le 27 la malade est apyretique. Le 28 au soir, la température atteint 38°. On enlève l'éponge et dès lors apyrexie.

Le 13 juin 1903. — La malade améliorée considérablement quitte le service, on prescrit des ovules et des injections.

Le 19 mars 1904. — La malade rentre dans le service. A l'examen l'utérus est trouvé volumineux. Il remonte jusqu'à deux doigts au-dessous de l'ombilie. Dans le cul-de-sac postérieur on sent une masse dure, un peu irrégulière qui tend à descendre dans le Douglas.

Le 31 mars 1904. — Intervention. Ponction de Laroyenne, il s'écoule une grande quantité de pus. Drainage. Éponge.

Le 3 avril 1904 la température ayant atteint 38° 3 hier soir et la malade étant ordinairement apyrétique, on pratique l'ablation de l'éponge. Dès lors on constate à nouveau de l'apyrexie.

Le 20 avril 1904. — La malade quitte le service, elle est en très bon état de santé au point de vue général. La cicatrice du cul-de-sac de Douglas est indolore.

L'utérus reste volumineux, pas très mobile.

OBSERVATION VI

X,..., 27 ans. — Collection.

La malade entre dans le service le 12 mars 1904. L'affection qui l'amène à l'hôpital est survenue en trois crises. L'une il y a quatre ans. L'autre il y a deux ans. La dernière a commencé il y a trois semaines. Chacune d'elles est survenue au moment où la malade avait ses règles. Celles-ci s'arrêtent alors brusquement et la malade se met à souffrir dans le côté droit de l'abdomen. Pertes blanches abondantes. Douleurs à la miction comparables à une brûlure.

Les deux premières crises ont cessé spontanément après quelques injections chaudes et les règles sont revenues comme d'habitude un mois après. Cette fois la douleur est très vive et c'est ce qui fait que la malade entre dans le service.

A l'examen. — Au toucher vaginal, on sent une masse dure dans le cul-de-sac postérieur. Latéralement à droite et à gauche on sent une tuméfaction au milieu de laquelle il est difficile de sentir le corps utérin. Du 11 au 14 mars, la température oscille entre 38° le matin et 39° le soir. Du 14 au 16 mars, elle monte progressivement pour atteindre 39° 5 le 16 au matin.

Le 16 mars 1904. — Ponction de Laroyenne, il s'écoule une grande quantité de pus, on laisse les annexes en place. On place une grosse éponge. Le soir la température est de 41°2.

Le 17 mars 1904. — La température est ce matin de 41°3, on enlève l'éponge, on la remplace par un gros drain (grosse sonde de Pezzet) et une mèche. Le soir même la

température atteint 39°2 et dès lors elle oscille entre 37°2 le matin et 38° le soir.

Le 1^{er} avril 1904. — On constate la présence d'une fistule recto-vaginale, on enlève le drain qui est, nous l'avons dit, une grosse sonde de Pezzer.

Le 29 avril 1904. — La malade quitte le service, emmenée par sa mère. Son état n'est pas satisfaisant, surtout au point de vue général.

OBSERVATION VII

X. . . , 22 ans. — Collection. — Salpingite double.

Pas d'affection à noter dans les antécédents.

Au mois de juin 1903, premier accouchement, depuis cette époque, elle commence à souffrir dans le ventre et dans l'intervalle de ses règles. Pertes blanches abondantes. Les douleurs comparées par la malade à des coliques augmentent par la marche et cèdent par le repos au lit.

Le 3 février 1904, la malade entre dans le service de M. le Dr Albertin, à la Charité.

A l'examen, on constate :

Un prolapsus de la paroi vaginale antérieure ; le toucher décèle, en outre, une collection postérieure considérable, s'étendant à droite et à gauche. Le corps et le col utérins semblent un peu ramollis. On soupçonne, plutôt qu'on ne la constate réellement, la présence de la collection. La température est de 37°2 le matin, 37°5 le soir.

Le 5 février 1904. — Colpotomie.

Ablation des trompes droite et gauche.

Eponge. On ne met pas de pinces à demeure.

Le 6 février 1904. — La température atteint 38°5 le soir, alors que, la veille au soir, elle était de 37°6. Ablation de l'éponge.

On pratique un drainage avec l'aide d'une mèche que l'on renouvelle tous les six jours, jusqu'au 18 février. Dès l'ablation de l'éponge, la température est redevenue à la normale.

Le 23 février 1904. — La malade quitte le service, elle va bien. Le trajet est presque complètement fermé; elle ne souffre plus.

OBSERVATION VIII

X..., 21 ans. — Collection. — Débridement vaginal.

Réglée pour la première fois à 17 ans, régulièrement. Depuis trois mois, la malade n'a pas ses règles.

Depuis quinze jours, douleurs dans le ventre à maximum à gauche.

Mictions douloureuses, surtout au début. Pertes blanches depuis quinze jours.

Elle entre à la Charité dans le service de M. le docteur Albertin, le 17 septembre 1903.

Au toucher. — Le cul-de-sac postérieur est rempli par une collection dépressible et très douloureuse à la pression.

Le 21 septembre 1903. — Ponction du cul-de-sac postérieur au trocart, selon la méthode de Laroyenne. Eponge. Apyrexie complète.

Le 25 septembre, légère élévation de température, 38°3. Ablation de l'éponge. Drain et mèches de gaze, apyrexie.

Le 12 octobre 1903. — La malade a eu, dans l'intervalle de quatre jours, deux hémorrhagies très abondantes, nécessitant la mise en place d'une éponge.

Le 15 octobre 1903. — La température atteignant hier soir 38°5, on pratique l'ablation de l'éponge. Dès lors, chute de la température et apyrexie.

Le 2 janvier 1904. — La malade rentre à nouveau dans le service, se plaignant à nouveau d'hémorrhagies. On sent dans le cul-de-sac postérieur et à droite une tuméfaction un peu douloureuse à la pression. La température oscille autour de 37° (37° le matin, 37°2 le soir).

Le 12 janvier 1904. — Intervention.

Ponction selon la méthode de Laroyenne. Eponge.

Le 15 janvier 1904. — La température atteignant 38°5 hier soir, ablation de l'éponge, on place un drain et deux mèches. Dès lors, apyrexie.

Le 2 février 1904. — La malade quitte le service. Elle va bien.

OBSERVATION IX

X..., 28 ans. — Salpingite bilatérale. — Colpotomie vaginale. — Ablation des deux trompes.

Pas de maladies graves antérieures.

Réglée à 10 ans. Les règles sont régulières et très abondantes. Un enfant. Une fausse couche il y a sept ans.

Depuis quelques mois, douleurs vagues dans l'abdomen irradiées dans les reins et les cuisses. Pertes blanches surtout abondantes depuis deux ou trois mois.

Il y a quelques jours, quelques douleurs à la miction, légère pollakiurie.

Depuis un mois les douleurs ressenties dans l'abdomen sont plus violentes et c'est ce qui décide la malade à entrer dans le service.

Elle entre le 22 mars 1904 à la Charité, dans le service du docteur Albertin.

A l'examen : au toucher vaginal on trouve le corps utérin en légère anteversion.

A gauche, on sent une tuméfaction ronde, très régulière, un peu douloureuse à la pression.

A droite, on sent également nettement une petite masse.

A l'entrée, la température = $38^{\circ} 8$ le soir et 38° le matin.

Le 24 mars, elle atteint même $39^{\circ} 5$ le soir, la température du matin étant toujours 38° .

Puis le 27, la température n'est plus que de $38^{\circ} 2$, le soir et 37° le matin, enfin, le 29 mars, la malade est apyrétique.

Le 8 avril 1904, la température étant de $37^{\circ} 2$ le matin, $37^{\circ} 8$ le soir, on intervient. Colpotomie vaginale. Ablation des deux trompes. On place une éponge.

Le 9 avril, la température monte elle est de $38^{\circ} 1$ le matin, $38^{\circ} 7$ le soir ; il en est de même le 10 avril ; le 11 avril, elle atteint 39° le soir, on pratique alors l'ablation de l'éponge et l'on fait le pansement à l'aide d'un drain et de deux mèches de gaze.

La température descend alors, et le 13 avril, la malade a $37^{\circ} 6$ le matin, et $38^{\circ} 3$ le soir. Jusqu'au 16 avril la température a encore quelques oscillations, $38^{\circ} 5$ le soir, 38° le matin.

Mais à partir du 17 avril, la malade est apyrétique, sa température oscille autour de $37^{\circ} 5$, et le 30 avril, la malade quitte le service, son trajet est presque complètement fermé, elle ne souffre plus.

OBSERVATION X

X..., 44 ans. — Colpotomie. — Ablation de la trompe gauche et d'un petit fibrome.

La malade entre à la Charité dans le service du docteur Albertin, le 3 février 1904.

Il y a 15 ans, elle eut une péritonite qui l'obligea à garder le lit pendant deux mois.

Réglée à 16 ans régulièrement jusqu'à il y a deux ans, depuis ce moment ses règles n'apparaissent que tous les deux ou trois mois. Pas d'enfants. Fausse couche il y a 22 ans.

Il y a deux mois, la malade étant très constipée, elle fit des efforts pour aller à la selle, elle vit alors du sang dans ses selles, et depuis ressentit une douleur d'abord intermittente puis actuellement continue, douleur sourde dans le côté gauche avec quelques irradiations dans les lombes et les cuisses.

A l'examen : on sent par le toucher vaginal dans le cul-de-sac postérieur une masse dure, douloureuse. Cette masse est sentie également par le toucher rectal. Elle semble appliquée sur la paroi antérieure du rectum mais haut située.

Température 37° 5.

Le 5 février 1904. — Colpotomie. — Ablation de la trompe gauche et d'un petit fibrome situé à l'insertion de la trompe sur l'utérus.

Comme pansement on met une éponge sans pinces à demeure.

Le 7 février 1904. — La température : 38° 2 le matin, 38° 4 le soir.

Le 7 février elle atteint 38° 6 le soir ; on pratique l'ablation de l'éponge, on place un drain et deux mèches de gaze, à partir de ce moment, la température baisse, le 9 février elle est de 37° 5 le matin, 38° 2 le soir et à partir du 11 février l'apyrexie est complète.

Le 5 mars 1904. — La malade quitte le service ; elle se plaint de souffrir du côté droit, à ce niveau on sent par le toucher vaginal une trompe un peu grosse. L'état général est bon.

OBSERVATION^e XI

X..., 44 ans. — Pyo-salpinx. — Colpotomie. — Ablation de la trompe gauche. — Rupture d'un kyste de la trompe droite.

Pas de maladies graves antérieures.

Réglée à 15 ans. Règles régulières.

Une grossesse il y a 12 ans, accouchement normal, l'enfant a vécu six mois.

Il y a 10 ans, fausse couche de trois mois.

Il y a dix-huit mois, la malade a eu un retard de règles de deux mois, ensuite une perte qui a duré vingt et un jours.

En 1903, perte également mais moins longue.

Le 6 janvier 1904, après un retard de règles de huit jours, la malade a eu une perte qui dure encore à son entrée dans le service avec des douleurs dans l'abdomen surtout à gauche, s'irradiant dans les reins.

Le 5 février 1904, elle entre à la Charité dans le service du docteur Albertin. A l'examen : Le col est mou. Le corps utérin est difficile à sentir. Néanmoins on soupçonne sa présence à droite en légère retroversion.

Dans le cul-de-sac postérieur on sent une masse fluctuante, se prologeant du côté gauche, cette masse est douloureuse à la pression.

La température est stationnaire 38°1 le matin, 38°2 le soir.

Le 10 février 1904. — Opération. — Colpotomie.

Décortication de la trompe gauche au milieu du pus, ablation de la trompe gauche. Rupture d'un kyste de la trompe droite s'accompagnant d'hémorrhagie subite et transitoire. On place

une grosse éponge. La température le jour de l'intervention est de 37°5 le matin et le soir.

Le 11 février 1904, la température 38°3 le matin et 39°2, le soir mais le 12 février 1904 elle n'est plus que de 37°5 le matin et 38°1 le soir, elle se maintient à ce niveau jusqu'au 15 février 1904.

Le 15 février 1904, elle est de 38°1 le matin et de 39°5 le soir, on enlève l'éponge et on la remplace par une autre.

Le 17 février la température s'est abaissée elle est de 37°5 le matin, 37°9 le soir. On fait le pansement, on enlève l'éponge et on la remplace par un drainage pratiqué à l'aide d'un drain et de deux mèches de gaze. La température est dès lors normale 37°3 le matin et de 37°5 le soir. La malade va bien. Le 28 février 1904 elle quitte le service.

OBSERVATION XII

X... 22 ans. — Annexite. — Pyosalpinx. — Colpoto-
mie. — Ablation des deux trompes et de l'ovaire droit.

Réglée à 13 ans.

A 15 ans la malade eut une affection qu'elle dit avoir été caractérisée par des vomissements continuels et une augmentation de volume de l'abdomen. L'abdomen était douloureux. Cette affection dura cinq mois puis la malade se rétablit complètement, les règles qui avaient cessé pendant le cours de la maladie, réapparurent régulières.

A 19 ans la malade se marie. Pas d'enfant. Pas de fausses couches, règles régulières.

Il y a 3 mois début de l'affection actuelle :

Douleurs d'abord au niveau de la région lombaire puis

s'installant dans tout l'abdomen mais surtout du côté gauche. Ces douleurs s'irradient dans les reins et dans la cuisse gauche. Elles sont presque [continuelles et s'exaspèrent par moments.

La malade a quelques pertes blanches. Pas de troubles menstruels. Règles régulières. Légère douleur au début de la miction.

Le 9 février 1904, elle entre à la Charité, dans le service du docteur Albertin.

A l'examen. — Par le toucher vaginal on sent une masse irrégulière, peu douloureuse à la pression, du côté droit. Dans le cul-de-sac postérieur, inclinant un peu sur la droite, on sent une autre masse, mais celle-ci lisse, régulière.

A gauche, on sent également les annexes mais de ce côté les annexes paraissent de plus petit volume que du côté droit.

La température est de 37° le matin, $37^{\circ}5$ le soir.

Le 16 février 1904. — Opération. — Colpotomie.

On enlève la trompe et l'ovaire du côté droit. La trompe droite est atteinte de pyosalpinx. On enlève également la trompe gauche mais on laisse en place l'ovaire de ce côté. On laisse des pinces à demeure et l'on place une éponge.

Le 17 février 1904 la température = 38° le matin, $38^{\circ}4$ le soir.

Le 18 février la température = $38^{\circ}2$ le matin, $38^{\circ}9$ le soir. On enlève les pinces et l'éponge. On fait un pansement avec une mèche de gaze.

Le 19 février la température = $38^{\circ}2$ le matin, $39^{\circ}2$ le soir ; mais le 20 février elle est de $38^{\circ}2$ le matin, $38^{\circ}6$ le soir ; le 21 février $37^{\circ}8$ le matin, $38^{\circ}2$ le soir ; le 22 février $37^{\circ}5$ le matin, 38° le soir. On renouvelle le pansement et à partir du lendemain 23 février la température devient normale, $37^{\circ}3$ le matin, $37^{\circ}5$ le soir, le 26 février on fait le pansement,

on enlève la mèche, la température est toujours de 37°3 le matin, 37°5 le soir, la malade va bien.

Le 8 mars 1904. — La malade quitte le service, elle ne souffre plus, le trajet est complètement fermé.

OBSERVATION XIII

X..., 19 ans. — Salpingite gauche. — Colpotomie. — Ablation de l'ovaire et de la trompe gauche.

Rien à signaler dans les antécédents. Réglée à 13 ans. Règles toujours un peu irrégulières.

En novembre 1903 fausse couche de 4 mois.

À partir de ce moment la malade commence à souffrir.

Il y a quinze jours au moment des règles, apparition brusque pendant la nuit d'une douleur siégeant dans tout l'abdomen surtout à gauche et s'irradiant dans les reins. Cette douleur qui cesse par le repos, revient à la moindre fatigue.

Le 9 février 1904 elle entre à la Charité dans le service du D^r Albertin.

À l'examen : L'utérus a sa position normale.

Du côté gauche on sent une trompe du volume d'un œuf. douloureuse au toucher.

Du côté droit, mais occupant une situation très postérieure dans le cul-de-sac postérieur on sent également les annexes.

La température = 38°2 le matin, 38°4 le soir. Le 10 février elle est de 37°3 le matin, 37°5 le soir. On intervient le 12 février 1904, le jour de l'opération, la température est de 37°1 le matin, 37°3 le soir. On fait une colpotomie et l'on pratique l'ablation de l'ovaire et de la trompe gauche. On met une éponge et des pinces à demeure.

Le 13 février 1904, la température = 37°5 le matin, 38° le soir.

Le 14 février 1904 la température = 37°6 le matin, 38°4 le soir.

On enlève les pinces et l'éponge. On met un drain et deux mèches.

Le 15 février la température = 38°5 le matin, 38°1 le soir.

Du 16 au 19 février elle se maintient entre 38° et 38°5.

Le 19 février elle n'est plus que de 37°5 le matin et 37°7 le soir et à partir de ce moment l'apyrexie devient complète, 37°2 le matin, 37°4 le soir.

Le 3 mars 1904, la malade quitte le service, elle ne souffre plus, elle va bien.

OBSERVATION XIV

X... , 20 ans. — Rétroversion. — Salpingite. — Ponction de Laroyenne.

La malade entre le 11 décembre 1903 à la Charité dans le service du docteur Albertin. Elle a eu une fausse couche au mois de mai 1903. Le début de l'affection actuelle remonterait à un mois. Actuellement, on constate que le cul-de-sac postérieur est occupé par le corps utérin; des deux côtés dans les culs-de-sac latéraux on sent les trompes, surtout la droite qui est assez volumineuse. La malade éprouve de très vives douleurs, même au lit. La malade est apyrétique.

Le 22 décembre 1903. — Ponction de Laroyenne. Après quelques tentatives pour enlever la trompe droite qui est adhérente de toutes parts, on renonce à l'enlever et on se contente

de drainer le cul-de-sac postérieur, à l'aide d'un drain et de deux mèches de gaze.

Le 21 janvier 1904 la malade quitte le service.

Le 17 février 1904 elle rentre à nouveau dans le service. Au toucher, on sent les annexes des deux côtés, surtout celles du côté gauche qui atteignent le volume d'un poing d'enfant.

Le 25 février 1904. — Intervention, ouverture du cul-de-sac de Douglas. Eponge. La température est de 37°8 le matin, 38°2 le soir.

Le 27 février, la température est de 38° le matin, 38°6 le soir.

On enlève l'éponge et on place un drain et deux mèches de gaze, la température redevient bientôt normale et la malade quitte le service le 21 mars 1904, elle va bien.

OBSERVATION XV

X... , 41 ans.

Hématocèle. — Ponction de Laroyenne.

La malade entre à la Charité dans le service du docteur Albertin le 28 décembre 1903.

Réglée à 14 ans, toujours assez régulièrement. Les dernières règles surviennent avec un retard de quinze jours.

5 enfants : deux sont vivants. Pertes blanches abondantes, surtout depuis un mois. Le début de l'affection actuelle remonte à cette époque.

A l'examen on constate :

Utérus en antéposition. Grosse trompe gauche. Collection postérieure. Petite trompe droite.

Température à l'entrée 37°3 le matin, 37°5 le soir.

Le 2 janvier 1904. — Ponction de Laroyenne. Il s'écoule du sang.

Ablation de l'ovaire et de la trompe du côté droit. Hémorrhagie abondante que l'on arrête par l'ablation de la trompe et la mise en place d'une éponge sur la tranche vaginale.

L'hémorrhagie continuant malgré le tamponnement, on enlève la trompe contenant un kyste foetal ainsi que le placenta.

On laisse une éponge en place.

Le 3 janvier, température = $37^{\circ}6$ le matin, $38^{\circ}2$ le soir.

Le 4 janvier, température = $38^{\circ}5$ le matin, $38^{\circ}8$ le soir.

Le 5 janvier, température = $38^{\circ}5$ le matin, 39° le soir. On pratique l'ablation de l'éponge que l'on remplace par deux mèches.

La température oscille entre $38^{\circ}2$ le matin et $38^{\circ}5$ le soir pendant trois à quatre jours.

Le 12 janvier 1904 elle est de $37^{\circ}2$ le matin et de $37^{\circ}5$ le soir, dès lors apyrexie.

Le 13 février 1903, la malade quitte le service, le trajet est presque fermé, la malade a un peu de vaginite.

On supprime les mèches et l'on conseille des injections chaudes.

OBSERVATION XVI

X... 28 ans. — Entre à la Charité dans le service de M. Albertin, pour une annexite bilatérale avec collection volumineuse à droite, 25 octobre 1903.

Le 30 octobre 1903. — Ponction au trocart de Laroyenne et débridement du cul-de-sac. Ecoulement d'un grand verre de pus. On place une mèche et un gros drain de Verchère Malécot.

Ce drain est laissé en place 5 jours, et au 6^e jour, on constate l'issue des matières par le vagin. On enlève immédiatement le drain sans mettre aucun pansement.

La fistule guérit spontanément.

25 novembre. — La malade sort guérie.

OBSERVATION XVII

X..., 26 ans. — Entre dans le service de M. Albertin le 3 septembre 1903.

Il y a 6 mois, fausse couche de 2 mois 1/2. La malade a perdu un certain temps, a souffert du bas-ventre. Actuellement elle présente un pyosalpinx droit, empiétant sur le Douglas.

8 septembre 1903. — On place un drain à pavillon. Les jours suivants, il s'écoule une assez grande quantité de pus.

On laisse le drain en place sans le mobiliser ni le modifier.

Le 15 septembre, on constate l'issue de quelques matières par le drain. On l'enlève aussitôt et on met une petite mèche de gaze à la place.

Au bout de dix jours, les matières cessent de passer dans le vagin. La cicatrisation de la fistule du Douglas est complète le 10 octobre 1903, date de la sortie de la malade.

OBSERVATION XVIII

(Due à l'obligeance de M. Violet)

X.... 25 ans. Entre à la Charité dans le service de M. A. Pollosson le 12 novembre 1903 avec température 39°, grosse collection faisant saillie fortement en arrière dans le Douglas, remontant dans le ventre de deux côtés

surtout à gauche. L'affection a débuté il y a 15 jours juste au moment des règles lesquelles sont venues sans retard mais n'ont duré qu'un jour pour réapparaître un jour après et durer jusqu'à maintenant. »

Le 16 novembre 1903. — La température se maintient aux environs de 39° 2.

Opération : Ponction de Laroyenne.

Débridement. Il s'agit d'une hématocele, on ne sent pas nettement la trompe, en avant toutefois on paraît sentir une surface grenue due à l'insertion placentaire.

Eponge.

Le 23 novembre 1903. — La température tombée à 37° 5 avec l'intervention oscille entre 37° 5 et 38°.

Pansement le 23 novembre 1903. — Ablation de l'éponge.

Suites simples. La température tombe à 37° en deux jours.

Le 4 décembre 1903. — La malade part en bon état.

Le 11 janvier 1904. — La malade rentre à nouveau dans le service avec de la température.

Elle a 40° à l'entrée.

Début de l'affection actuelle il y a 8 jours.

Traitement institué : Repos, glace.

Le 13 janvier 1904. — La température : 38° on sent une grosse collection à droite.

Le 20 janvier 1904. — La fièvre présentant des oscillations depuis quelques jours :

Ponction de Laroyenne.

Eponge.

La température oscille dès lors entre 37° 2 et 38° alors qu'avant elle oscillait entre 38° et 40°.

Le 26 janvier 1904. Ablation de l'éponge. Pas de mèche.

La malade quitte le service le 20 février 1904 allant très bien.

OBSERVATION XIX

(Due à l'obligeance de M. Violet)

X. . 23 ans. Entrée dans le service de M. A. Pollosson le 5 février 1904.

Mariée à 18 ans. Deux enfants vivants âgée l'un de 3 ans, l'autre de 18 mois.

Il y a 13 mois : fausse couche de trois mois avec phénomènes infectieux consécutifs qui durèrent deux mois, depuis cette époque : douleur persistante dans l'abdomen, règles abondantes et douloureuses.

A l'examen : On trouve à droite de l'utérus, une masse de gros volume remontant jusqu'à l'épine illiaque antéro-supérieure.

L'utérus est à gauche et rétroposé.

La température est de 37°.

Ponction le 6 février 1904.

Débridement. — Hémorrhagie assez abondante arrêtée par l'éponge.

Les jours suivants la température s'élève peu à peu et progressivement.

Le 10 février 1904 elle atteint 38°7.

Ce jour ablation de l'éponge.

Cette ablation est suivie d'un abaissement de la température.

Le 14 février 1904 la température est à 37°.

Le 17 février 1904. — La malade part chez elle. Elle a un bon état général, mais localement il existe encore une petite cavité qu'il faudra panser.

OBSERVATION XX

(Due à l'obligeance de M. Violet)

X..., 24 ans. — Entrée le 18 décembre 1903.

Fausse couche il y a trois ans. A la suite de cette fausse couche la malade a eu une rétroversion pour laquelle elle a été soignée par M. Villard (Raccourcissement des ligaments ronds).

Début de l'affection actuelle du 15 au 30 octobre 1903.

Depuis 15 jours phénomènes aigus, à l'entrée température : 40°.

Le 19 décembre 1903. — Intervention. Ponction.

Issue d'un litre de pus mal lié, pouls rapide, facies témoignant de l'infection générale.

Débridement. Eponge.

La température baissa progressivement jusqu'à 38°7 le 22 pour remonter à 39°4 le 24 décembre 1903 jour où l'on enlève l'éponge. Mèche. La mèche est changée tous les trois jours. La température tombe peu à peu. Le 30 décembre 1903 elle atteint 37°. La température remonte probablement par suite d'infections secondaires à la suite d'un pansement.

Le 13 janvier 1904 la malade est apyretique et va très bien, elle sort le 9 février 1904.

OBSERVATION XXI

(Due à l'obligeance de M. Violet)

X..., 25 ans, entrée dans le service de M. A. Pollosson le 22 décembre 1903 pour la quatrième fois.

Premier séjour : Columnisation topique.

Deuxième séjour : Colpotomie postérieure exploratrice.

Ablation de l'ovaire droit scléro-kystique (M. Condamin).

Le 7 septembre 1903. — Troisième séjour : Ablation de l'ovaire gauche.

Quatrième séjour : On sent une annexite bilatérale du volume l'une d'une mandarine, l'autre d'un œuf.

Le 29 décembre 1903. — Ablation des deux trompes par la voie vaginale.

Il s'agit de deux pyo-salpinx dont l'anatomie pathologique a démontré la nature tuberculeuse.

Pinces à demeure sur chaque moignon de trompe.

Éponge.

Ablation des pincés quarante-huit heures après leur mise en place.

Ablation de l'éponge au sixième jour.

La température qui s'est élevée après l'intervention à 39° tombe peu à peu. Le 8 janvier 1904 elle est à 37°.

Elle part en convalescence le 10 février 1904.

OBSERVATION^f XXII

(Duc à l'obligeance de M. Violet)

X..., 32 ans, entre dans le service le 8 décembre 1903.

Un accouchement il y a quatre ans.

A la suite de cette couche, la malade est restée fatiguée pendant deux mois.

Début brusque de l'affection actuelle il y a une dizaine de jours.

A l'examen : On sent une grosse masse rétro-utérine remplissant le Douglas remontant jusqu'à l'ombilic.

La température oscille entre 38° et 39° 5.

Le 12 décembre 1903. — Ponction. Le débridement est poussé très loin. Introduction de trois, quatre doigts, puis de la main entière.

Deux grosses éponges sont mises en place.

Le 14 décembre 1903. — — Ablation des éponges; on les remplace par deux mèches.

Le 22 décembre 1903. — Ablation des mèches.

A partir de ce moment la malade va bien, elle quitte le service le 13 janvier 1904.

CONCLUSIONS

1° La voie vaginale (méthode Laroyenne) adoptée tout d'abord presque exclusivement par les chirurgiens lyonnais pour le traitement des collections pelviennes est suivie maintenant par un grand nombre de chirurgiens français et étrangers.

2° La colpotomie est suivie de pansements parmi lesquels il faut citer : l'éponge, les mèches à drainage, les drains tubulés et les drains spéciaux.

3° Les pansements seront variables suivant : 1° le but à atteindre : hémostase ou drainage ; 2° la nature de la collection ouverte (hématocèle, pyosalpinx, pelvi-péritonite suppurée) ; 3° la date plus ou moins éloignée de l'intervention (pansement immédiat, pansement tardif).

4° Le pansement à l'éponge assure l'hémostase et la

dilatation, les mèches à drainage combinées au drain tubulé assurent l'écoulement des liquides.

5° L'emploi des drains spéciaux à pavillon ou à arrêt surtout s'il est prolongé, expose à la production des fistules rectales.

VU :

Le Président de la Thèse,

POLLOSSON

VU :

Pour le Doyen,

L'Assesseur,

HUGOUNENQ

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 30 mai 1904.

Le Recteur,

Président du Conseil de l'Université,

GABRIEL COMPAYRÉ.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- BLANC. — Thèse de Lyon 1887.
- BOUILLY. — Bulletin de la Société de Chirurgie 1890.
- BOUILLY. — Annales de Gynécologie 1896.
- Congrès de Gynécologie de Genève 1896.
- Congrès français de Chirurgie 1895.
- COMMANDEUR. — Sur une branche anormale de l'artère utérine. Province médicale 1895.
- DURAND. — Sur une branche anormale de l'artère utérine. Province médicale 1895.
- J. L. FAURE — Chirurgie des Annexes de l'utérus. Paris 1902.
- FONVIELLE. — Thèse de Paris 1899.
- GORGIADES SASSI. — Thèse de Paris 1898.
- GOUILLOUD. — Archives de Tocologie et de Gynécologie 1891.
- Congrès international de gynécologie et d'obstétrique 1894, t. I^{er}, p. 112.
- D'HERBÉCOURT — Thèse de Paris 1900.
- HOFMOLK. — Wiener Klin. Wochenschr. 1895, p. 19, 21.

- LABADIE-LAGRAVE et LEGUEU. — Traité médico chirurgical de gynécologie 1896.
- LA BONNARDIÈRE. — Annales de Gynécologie 1896.
- LANDAU. — Arch. für gyn. Bd. 40 p. 1.
- LAROYENNE. — Lyon médical 1886.
- LAROYENNE. — Arch. de tocol. Vol. 21 p. 344.
- LE BEC. — France médicale 1893.
- MACQUARD-MOULIN. — Thèse de Paris 1892.
- MASSON. — Thèse de Paris 1899.
- MEINERT. — Centrabl. f. Gynécol. 1888.
- MONOD. — Société de Chirurgie 1898.
- MORÉLY. — Th. de Paris 1899.
- POZZI. — Traité de gynécologie.
- RICHELOT. — L'Union médicale 1894.
- ROGER. — Thèse de Paris 1899.
- ROSENBLAT. — Thèse de Paris 1896.
- VALENTIN — Thèse de Paris 1893.
- VULLIET. — Semaine médicale 1895 p. 370.

